

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveys ja hyvinvointi

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2015

Hanna Nieminen

TERVEYSHYÖTYMALLI ANTAA KEHYKSET

– fysioterapian ydinprosessi Uudenkaupungin
yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hanna Nieminen

TERVEYSHYÖTYMALLI ANTAA KEHYKSET: FYSIOTERAPIAN YDINPROSESSI UUDENKAUPUNGIN YHTEISTOIMINTA-ALUEEN TERVEYSKESKUKSESSA

Kehittämiprojekti liittyi Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen fysioterapiapalvelujen kysynnän ja tarjonnan tasapainottamiseen terveyshyötymalli viitekehyksenä. Terveyshyötymalli tarjoaa ajattelutavan, jota on mahdollista soveltaa paikallisiin ja alueellisiin tarpeisiin. Lähtökohtana on väestön palvelutarpeen tunnistaminen, voimavarojen tehokas kohdentaminen, palvelutuotannon kehittäminen, asiakkaan aktiivisen roolin tukeminen ja omahoidon valmiuksien tukeminen. Näyttöön perustuva toiminta ja sähköiset tietojärjestelmät helpottavat ammattilaisia työssään, jotta he voivat auttaa asiakkaita saavuttamaan terveyshyötyä.

Kehittämiprojektin tavoitteena oli fysioterapian ydinprosessin kuvaaminen terveyshyötymallin viitekehyksen ohjaamana. Tarkoituksena oli määrittää fysioterapian asiakasprofiili, tutustuttaa fysioterapeutit terveyshyötymalliin ja saada tasapaino palvelujen kysynnän ja tarjonnan välille.

Soveltavan tutkimuksen tavoitteina oli saada selville asiakkaiden toimintakyvyn taso sekä fysioterapeuttien ja johdon näkemyksiä terveyshyötymallin mahdollisuuksista, kun näkökulmat olivat toimintakyky ja terveyshyöty. FSQ (Functional Status Questionnaire) -kysely postitettiin 200 asiakkaalle, 115 (57,5 %) vastausta palautui. Aineisto analysoitiin Excel-ohjelmalla. Vastaajista kolmannes oli täysin itsenäisiä toimintakykynsä suhteen, kolmanneksella oli subjektiivisia vaikeuksia toiminnoissaan ja kolmannes tarvitsi toisen henkilön apua ja/tai apuvälineen.

Fysioterapeutit ja johto osallistuivat teemahaastatteluihin, joissa kysyttiin näkemyksiä terveyshyötymallin periaatteista. Aineisto analysoitiin soveltamalla teorialähtöistä sisällönanalyysia. Näkemysten mukaan voimavarojen kohdentaminen on tehokasta, jos asiakas on motivoitunut olemaan aktiivinen toimija. Asiakas voi olla aktiivisessa roolissa, vaikka hänen toimintakykynsä olisikin rajoittunut. Voimavarojen tehokas kohdentaminen edellyttää uusia palveluja, joita ovat ryhmävastaanotot, fysioterapeutin suoravastaanotto ja lähetteetön fysioterapia.

Fysioterapian ydinprosessin kuvaus valmistui kehittämiprojektin tuotoksena. Soveltavan osan tulokset antavat suunnan palvelutuotannon kehittämiseksi ja fysioterapeuttien koulutustarpeelle. Osaamisen lisääminen motivoivan haastattelun taidoissa on välttämätöntä asiakkaan omahoidon valmiuksien tukemiseksi.

ASIASANAT:

Fysioterapia, toimintakyky, terveyshyöty, motivaatio, omahoidon tuki.

Hanna Nieminen

THE CHRONIC CARE MODEL GIVES THE FRAMEWORK: PHYSIOTHERAPY CORE PROCESS IN UUSIKAUPUNKI PRIMARY HEALTH CARE

This development project focused on balancing the supply and demand of physiotherapy services in Uusikaupunki primary health care by using the Chronic Care Model as a framework. The CCM offers a new way of thinking, and it is possible to apply the framework of the CCM to local and areal needs. Starting points are identifying population and their needs of service, efficient allocating of resources, development of delivery system, supporting active role of a patient and supporting self-management skills. Evidence-based practice and clinical information systems assist health care professionals in supporting patients to achieve improved outcomes.

The aim of the development project was to model a core process of physiotherapy by using the framework of the CCM. The purpose was to determine a client profile of a physiotherapy patient, to familiarize physiotherapists with the CCM and to get a balance between the supply and demand of physiotherapy services.

The aims of the applied study were to find out patients' level of ability to function and to find out what sort of points of view physiotherapists and health care management have on possibilities of the CCM by observing ability to function and improved outcomes. Functional Status Questionnaire was mailed to 200 patients of which 115 (57.5 %) were returned. Data were analysed by using Excel software. One third of respondents had a totally independent ability to function, the other third had subjective difficulties with their activities and the remainder needed assistance of another person and/or a device.

Physiotherapists and health care management participated in theme interviews surveying their views on the CCM principles. Data were analysed by applying theoretical content analysis. According to the responses, allocating of resources was considered to be efficient, if a patient was motivated to have an active role. A patient can be active and motivated in spite of restricted ability to function. Efficient allocation of resources requires redesigning of physiotherapy services by developing group interventions, direct access to physiotherapist and non-referral physiotherapy.

Modelling the core process of physiotherapy was the result of the development project. The results of the applied study provide guidelines for the development of physiotherapy service delivery and physiotherapists' educational needs. It is necessary to learn the skills of motivational interviewing in order to support patients' readiness for self-management.

KEYWORDS: Physiotherapy, ability to function, improved outcomes, motivation, self-management support.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 TERVEYSHYÖTYMALLI	9
2.1 Terveyshyötymalli ja sen keskeiset elementit	9
2.2 Terveyshyötymalli tutkimusten mukaan	11
2.3 Terveyshyötymalli kehittämistyön viitekehyksenä Suomessa	20
3 TOIMINTAKYKY JA TERVEYSHYÖTY FYSIOTERAPIAN FOKUKSENA	23
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN PROSESSI JA SEN VAIHEET	27
4.1 Kohdeorganisaation ja toimintaympäristön kuvaus	27
4.2 Kehittämiprojektin tarve ja tausta	30
4.3 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus	31
4.4 Projektiorganisaation kuvaus	31
4.5 Kehittämiprojektin vaiheiden kuvaus	34
5 KEHITTÄMISPROJEKTIIN LIITTYVÄ SOVELTAVA TUTKIMUS	37
6 KYSELY	38
6.1 Tutkimusongelmat ja -menetelmä	38
6.2 Kyselyn kohderyhmä ja aineiston keruu	39
6.3 Kyselyaineiston analyysi	41
6.4 Kyselyn tulokset	42
6.5 Kyselyn luotettavuuden ja eettisyyden arviointi	45
7 TEEMAHAASTATTELU	49
7.1 Tutkimusongelmat	49
7.2 Tutkimusmenetelmä	50
7.3 Teemahaastattelun kohderyhmä ja aineiston keruu	51
7.4 Teemahaastatteluaineiston analyysi	53
7.5 Teemahaastattelun tulokset	55
7.6 Teemahaastattelun luotettavuuden ja eettisyyden arviointi	59
8 SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN TULOSTEN JOHTOPÄÄTÖKSET, ARVIOINTI JA POHDINTA	61

8.1 Johtopäätökset	61
8.2 Arviointi	65
8.3 Pohdinta	66

9 FYSIOTERAPIAN YDINPROSESSI TERVEYSHYÖTYMALLI VIITEKEHYKSENÄ 69

10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA	73
10.1 Kehittämiprojektin lähtökohtien, vaiheiden ja tuotoksen hyödyn arviointia	73
10.2 Fysioterapian ydinprosessin ja terveyshyötymallin implementointi	76
10.3 Jatkokehittämisideat	77

LÄHTEET	78
----------------	-----------

LIITTEET

- Liite 1. Lupa aineiston keruuseen.
- Liite 2. FSQ (Functional Status Questionnaire) -kysely.
- Liite 3. Tutkimustiedote kysely.
- Liite 4. Kyselyn saatekirje 1.
- Liite 5. Kyselyn saatekirje 2.
- Liite 6. Tutkimustiedote teemahaastattelu (yksilö ja ryhmä).
- Liite 7. Teemahaastattelun saatekirje (yksilö ja ryhmä).
- Liite 8. Teemahaastattelun runko.
- Liite 9. Esimerkki teorialähtöisen sisällönanalyysin sovelluksesta
- Liite 10. Projektiryhmän toimintaohjeet.

KUVAT

- Kuva 1. Uudenkaupungin terveystalvelujen yhteistoiminta-alueen kuntien sijainti Varsinais-Suomessa (Varsinais-Suomen liitto 2015). 27

KUVIOT

- Kuvio 1. Terveysthyötymallin tasot (© 2006-2015 Improving Chronic Illness Care). 9
- Kuvio 2. Terveysthyötymallin keskeiset elementit (Kukka & Whellams 2010, 47). 10
- Kuvio 3. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (ICF-luokitus 2007, 18).25

Kuvio 4. Uudenkaupungin terveystalvelujen tulosalueen organisaatiokaavio (M. Lanne, henkilökohtainen tiedonanto 20.8.2014).	29
Kuvio 5. Kehittämisprojektin vaiheet.	34
Kuvio 6. Asiakkaan polku fysioterapian ydinprosessissa.	72

TAULUKOT

Taulukko 1. Yhteistoiminta-alueen kuntien väestön ikärakenne verrattuna maan keskiarvoon (Tilastokeskus 2014).	28
Taulukko 2. Vastaajien sukupuolijakauma.	42
Taulukko 3. Vastaajien ikäjakauma.	42
Taulukko 4. Vastaajien toimintakyvyn jakauma FSQ-indeksien perusteella.	43
Taulukko 5. FSQ-indeksien keskiarvot.	44
Taulukko 6. Iän ja FSQ-indeksien välinen yhteys.	44

1 JOHDANTO

Fysioterapiapalvelujen kysynnän ja tarjonnan välinen epätasapaino, tieto terveyshyötymallin (Chronic Care Model, kuvio 1.) mahdollisuuksista toiminnan uudistamisessa ja mallin valinta organisaation kehittämistyön viitekehykseksi muodostivat lähtökohdat kehittämisprojektille, joka toteutui Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa vuosina 2014–2015.

Terveyshyötymalli on näyttöön perustuva menettelytapa, joka käyttää monipuolisia strategioita väestön ja yksittäisen asiakkaan terveyshyödyn lisäämiseksi (Oprea, Braunack-Mayer, Rogers & Stocks 2009, 55–56). Asiakkaan aktiivista roolia ja vastuuta oman terveytensä ja sairautensa hoitamisessa korostetaan. Ammatilaisen roolina on tukea ja seurata asiakkaan omahoidon toteutumista ja omahoidon valmiuksia. Terveyshyötymallin periaatteita hyödynnetään erityisesti pitkäaikaissairauksien kokonaisvaltaisessa hoidossa, mutta mallin periaatteet soveltuvat myös sairauksien ennaltaehkäisyyn.

Fysioterapiaprosessissa keskeistä on asiakkaan terveydelle ja toimintakyvylle myönteisten asioiden tukeminen siten, että asiakas on aktiivinen osallistuja omien voimavarojensa ja mahdollisuuksiensa mukaan (Eloranta & Kangasniemi 2015, 11). Fysioterapian fokus asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna on samanlainen kuin terveyshyötymallin mukainen ajattelu ja toiminta. Palveluja käyttävä asiakas on toiminnan keskiössä ja ammattilainen kulkee asiakkaan vierellä.

Terveyshyötymallin viitekehyksen mukaista tutkimus- ja kehittämistyötä on tehty maailmanlaajuisesti, ja mallin periaatteita on sovellettu alueellisten tarpeiden mukaisesti. Suomessa terveyshyötymallia on käytetty viitekehyksenä laajoissa kansallisissa kehittämishankkeissa, kuten RAMPE- ja Potku2 -hankkeissa. Niissä toiminnan kehittäminen on kohdistunut perusterveydenhuollon vastaanottopalveluihin, joista fysioterapiapalvelut muodostavat osan.

Tässä raportissa kuvattavan kehittämisprojektin tavoitteena oli fysioterapian ydinprosessin kuvaaminen terveyshyötymallia viitekehyksenä käyttäen. Tarkoituksena oli fysioterapian asiakasprofiilin selvittäminen, fysioterapeuttien tutustuttaminen terveyshyötymalliin sekä toimintayksikön fysioterapiapalvelujen kysynnän ja tarjonnan tasapainottaminen terveyshyötymallin viitekehystä hyödyntämällä. Tuotoksena valmistui tavoitteessa määritelty prosessikuvaus, jonka vaiheita tarkasteltiin toimintakyvyn ja terveyshyödyn näkökulmasta.

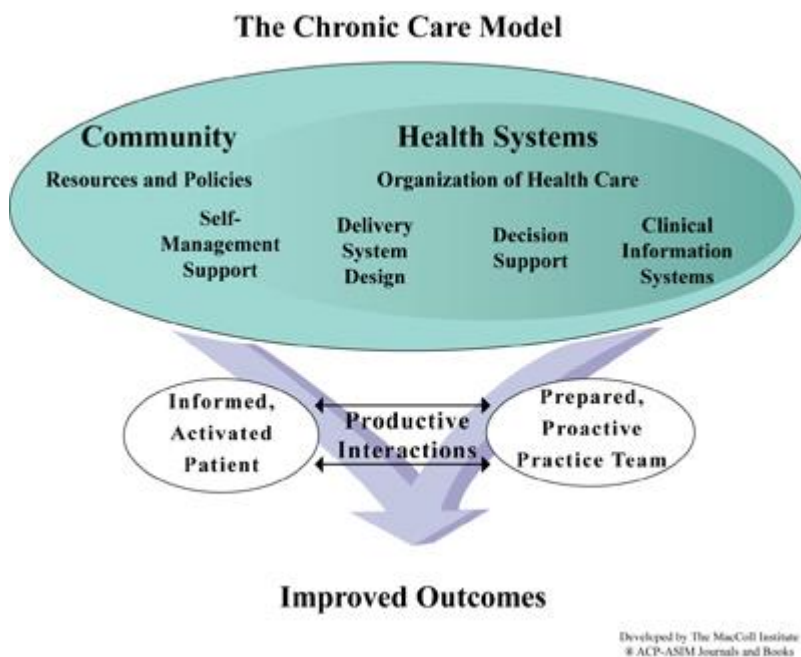
Kehittämisprojektiin liittyi soveltava tutkimus, jonka ensimmäisessä vaiheessa selvitettiin asiakkaiden toimintakyvyn tasoa FSQ (Functional Status Questionnaire) -kyselyllä. Toisessa vaiheessa selvitettiin teemahaastattelulla fysioterapeuttien ja johdon näkemyksiä terveyshyötymallin soveltuvuudesta fysioterapiapalvelujen kysynnän ja tarjonnan tasapainottamisessa.

Kehittämisprojektissa todettiin, että terveyshyötymallin mukainen ajattelu antaa hyvän suunnan fysioterapiapalvelujen kehittämiseksi. Palvelutuotantoa uudistettaessa voimavarat kohdennetaan tehokkaasti niihin asiakkaisiin, jotka hyötyvät fysioterapiasta eniten. Palveluista eniten hyötyvien tunnistamisessa on tehtävä moniammatillista yhteistyötä ja arvioitava asiakkaan valmiuksia olla aktiivinen toimija. Fysioterapeuttien osaamista asiakkaan omahoidon valmiuksien tukemiseksi ja tietoa motivoivista menetelmistä tulee lisätä (McGrane, Galvin, Cusack & Stokes 2015, 2). Uusia palvelumuotoja, joiden avulla kysynnän ja tarjonnan tasapainottaminen mahdollistuu, ovat fysioterapeutin suoravastaanotto, läheteetön fysioterapia, ryhmävastaanotot ja sähköinen asiointi.

2 TERVEYSHYÖTYMALLI

2.1 Terveishyötymalli ja sen keskeiset elementit

Terveishyötymalli (Chronic Care Model, kuvio 1.) on viitekehys, joka tunnetaan myös nimellä Wagnerin malli kehittäjänsä mukaan (Wagner ym. 2001, 64). Terveishyötymallin tavoitteena on terveyshyödyn tuottaminen pitkäaikaissairauksien hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Terveishyötymallin rakennetta ja lähestymistapaa voidaan soveltaa paikallisiin olosuhteisiin sopivaksi. Palvelutuotannon on kuitenkin aina pohjaututtava alueen väestön tarpeisiin. Näin luodaan edellytykset terveyshyödyn saavuttamiselle. (Wagner ym. 2001, 69; Dancer & Courtney 2010, 581–584; Kukka & Whellams 2010, 46–48.)

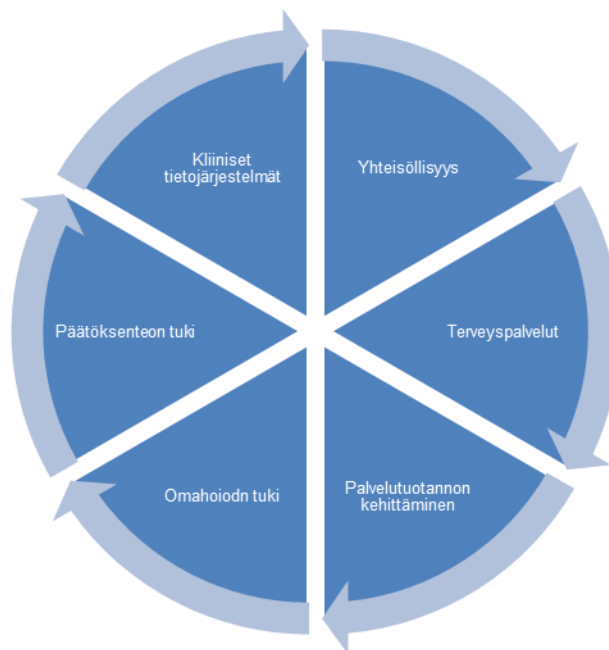


Kuvio 1. Terveishyötymallin tasot (© 2006-2015 Improving Chronic Illness Care).

Terveishyötymalli on näyttöön perustuva menettelytapa, joka käyttää monipuolisia strategioita terveyshyödyn lisäämiseksi (Oprea, Braunack-Mayer, Rogers &

Stocks 2009, 55–56). Terveysyhyötymallin tavoitteena on muuttaa pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidon painopistettä akuutista ja reaktiivisesta hoidosta ennaltaehkäisevään, suunniteltuun ja väestön tarpeista lähtevään hoitoon (Coleman, Austin, Brach & Wagner 2009, 75). Terveysyhyötymalli tarjoaa uuden ajattelumallin, jonka lähtökohtana on muutos perinteisestä sairauskeskeisestä, pirstaleisesta hoidosta pitkäaikais- tai monisairaana potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon (Ruoranen ym. 2013, 29).

Terveysyhyötymallin keskeiset elementit (kuvio 1. ja kuvio 2.) ovat yhteisöllisyys, terveyspalvelut, palvelutuotannon kehittäminen, omahoidon tuki, päätöksenteon tuki ja sähköiset tietojärjestelmät (Wagner ym. 2001, 69; Dancer & Courtney 2010, 581–584; Kukka & Whellams 2010, 46–48).



Kuvio 2. Terveysyhyötymallin keskeiset elementit (Kukka & Whellams 2010, 47).

Terveysyhyötymallissa yhteisöllisyys merkitsee sitä, että organisaatio vastaa toiminta-alueensa väestön tarpeisiin. Edellytyksenä on niiden asiakasryhmien tun-

nistaminen, jotka hyötyvät terveystalvaeluista eniten. Terveystalvaelujen tuottamissa pyritään turvalliiseen ja tehokkaaseen toimintakulttuuriin käyttämällä näyttöön perustuvia hoitosuosituksia ja -menetelmiä sekä kohdentamalla voimavaroja tehokkaasti. (Wagner ym. 2001, 69; Dancer & Courtney 2010, 581–584; Kukka & Whellams 2010, 46–48.)

Palvelutuotannon kehittämässä huomioidaan tarvelähtöisyys, tuetaan tehokasta sairaudenhoitoa ja korostetaan asiakkaan aktiivista roolia oman hoitonsa suhteen. Omahoidon tuella asiakasta autetaan kehittämään parempia valmiuksia hoitaa itse itseänsä ja ottamaan kasvavaa vastuuta omasta terveydestään ja sairaudestaan. (Wagner ym. 2001, 69; Dancer & Courtney 2010, 581–584; Kukka & Whellams 2010, 46–48.)

Päätöksenteon tuki perustuu kansallisiin hoitosuosituksiin ja tunnetusti tehokkaisiin hoitokäytäntöihin, ja sillä tuetaan tehokasta ja läpinäkyvää hoitoa. Sähköisten tietojärjestelmien avulla tunnistetaan asiakasryhmät, mahdollistetaan sähköinen asiointi sekä kutsu- ja muistutusjärjestelmät, tuetaan tehokasta hoitoa ja kyetään jatkuvaan palvelujen kehittämiseen. (Wagner ym. 2001, 69; Dancer & Courtney 2010, 581–584; Kukka & Whellams 2010, 46–48.)

2.2 Terveystyötymalli tutkimusten mukaan

Tutkimusartikkeleissa tulee esiin terveyshyötymallin lähes maailmanlaajuisen tunnettuus ja mahdollisuudet kansallisiin ja paikallisiin sovelluksiin.

Terveystyötymallin keskeisiin elementteihin liittyvien toimintamallien soveltuvuudesta, hoito-ohjelmien interventioista, implementoinneista ja toteutumisista perusterveydenhuollossa on julkaistu tutkimusartikkeleita useissa Euroopan maissa, Australiassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa. Euroopan maista etenkin Englannissa, Hollannissa, Norjassa ja Tanskassa on tehty terveyshyötymalliin liittyvää tutkimus- ja kehittämistyötä. Tutkimusartikkeleissa mainittuja pitkäaikais-sairauksia ovat diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet, keuhkohtaumatauti,

astma, mielenterveyden ongelmat, erityisesti masennus, syömishäiriöt sekä monisairastavuus. Terveysshyötymallia on tutkittu myös ammattihenkilöiden oppimisen näkökulmasta.

Pitkäaikaissairaudet aiheuttavat eniten sairastavuutta teollistuneissa maissa (Oprea ym. 2009, 55–56). Kun tarkastellaan koko maapallon väestöä, pitkäaikaissairaudet aiheuttavat 59 % kuolemista ja 46 % sairastavuudesta (Coleman ym. 2009, 75; World Health Organization WHO 2015). WHO:n Euroopan alueella pitkäaikaissairaudet aiheuttavat suurimman tautitaakan, ja määrä kasvaa koko ajan. Euroopan alueella viisi yleisintä pitkäaikaissairautta ovat diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet, syöpä, krooniset hengityselinsairaudet (kuten astma ja COPD-tauti) sekä mielenterveyden häiriöt. Nämä pitkäaikaissairaudet aiheuttavat arviolta 86 % kuolemista ja 77 % sairastavuudesta Euroopassa. (WHO Europe 2015.) Pitkäaikaissairauksia sairastavat henkilöt myös käyttävät eniten terveydenhuollon palveluja. On tärkeätä lisätä ymmärrystämme siitä, **minkälaisia palveluja perusterveydenhuollossa tarvitaan pitkäaikaissairauksien ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi**. (Fortin ym. 2013, 11.) Pitkäaikaissairauksien seurauksia voidaan pienentää korkealaatuisella, näyttöön perustuvalla hoidolla, johon perustuva toiminta ei ole vallitsevana käytäntönä kaikissa terveyspalvelujärjestelmissä (Oprea ym. 2009, 55–56).

Terveysshyötymallin keskeisenä tavoitteena on hoidon vaikuttavuus. Tavoite on mahdollista saavuttaa kokonaisvaltaisella hoidon suunnittelulla ja toteutuksella. Kokonaisvaltaisessa hoidossa olennaista on potilaan ja hänen läheistensä kuuleminen. Potilaan osallisuuden tukeminen on haastavaa mutta välttämätöntä, jotta saavutetaan hyviä hoitotuloksia. (Ruoranen ym. 2013, 32.) Osallisuudella tarkoitetaan mukanaoloa, vaikuttamista, huolenpitoa sekä pääsemistä osalliseksi yhteisesti rakennetusta hyvinvoinnista (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2015). **Terveysshyötymallin mukaisessa ajattelussa potilaan osallisuus korostuu.** Potilaan osallisuuden tukeminen vaatii ammattihenkilöiltä muutoksia asenteissa ja toimintatavoissa (Ruoranen ym. 2013, 7; Abramowitz, Flattery, Franses & Berry 2010, 620).

Van der Vlegel-Brouwer (2013, 1-4) tarkastelee artikkelissaan kokonaisvaltaisen hoidon nykytilaa, tutkimusta ja ohjelmia, tuo esiin kuilun tieteen ja käytännön välillä ja tuottaa uuden näkökulman kokonaisvaltaisen hoidon tutkimukseen ja kehittämiseen. **Terveyshyötymallia käytetään kokonaisvaltaiseen hoitoon perustuvien hoito-ohjelmien viitekehyksenä.** Kirjallisuuskatsaukseen pohjautuen tutkija esittää, että kokonaisvaltainen hoito tarjoaa mahdollisuuden osoittaa terveydenhuollon vaikuttavuutta ja tehokkuutta erityisesti vanhusten pitkäaikaissairauksien hoidossa. Jotta terveydenhuollon organisaatiot pystyisivät kehittämään hoitostrategioita luovalla ja innovatiivisella tavalla, tutkimuksen pitää tarkastella terveyshyötymallia ja sen kaikkia elementtejä monitahoisessa toimintaympäristössään. Tutkimukseen pitää siis sisältyä myös terveystaloustieteiden tutkimus ja ympäröivä yhteisö. Koska todellinen maailma on monimuotoinen, ja tehtävien suorittaminen on järjestelmän sisällä tapahtuvan yhteistyön tulos, tulevaisuudessa tutkimuksen täytyy keskittyä siihen, että **monimutkaisesta teoriasta kehitetään malli kokonaisvaltaiseksi hoidoksi, jonka lähtökohtana on potilaan tarve.** Tutkimuksen tulee arvioida kokonaisvaltaista hoitoa viitekehyksestä, joka huomioi hoidon laadun kaikki ominaisuudet. (van der Vlegel-Brouwer 2013, 1-4.)

Eettisestä näkökulmasta tarkastellun tutkimuksen mukaan **terveyshyötymallin periaatteellinen eettinen arvo on terveydenhuollon toimijoiden välisessä yhteistyössä.** Keinoja, joiden avulla terveyshyötyä pitäisi saavuttaa, ei ole helppo ymmärtää. Terveyshyötymallin tehokkuus verrattuna perinteiseen järjestelmään riippuu sen kyvystä lisätä molemminpuolista luottamusta terveystaloustieteiden toimijoiden ja potilaiden välillä. Terveyshyötymalli pyrkii laajentamaan inhimillistä toimintaa sallimalla yksilön itsemääräämisoikeuden, kunnioittamalla yksilöä ja välttämällä sosiaalista diskriminaatiota. On huolestuttavaa, mikäli ammattihenkilön ja potilaan välinen vuorovaikutus estää saavuttamasta odotettua terveyshyötyä. (Oprea ym. 2009, 55–62.)

Terveyshyötymalli on yksi terveyshyötymallin keskeisistä elementeistä. Australialaistutkimuksessa kuvattiin pitkäaikaissairaiden potilaiden ter-

veystarpeita palvelujärjestelmän muutoksen näkökulmasta. Potilaiden terveys- tarpeita verrattiin palveluihin, joita ideaalisen, potilaskeskeisen terveyspalvelujär- jestelmän tulisi tuottaa terveyshyötymallin keskeisten elementtien mukaan. Tut- kimuksen tavoitteena oli lisätä ymmärrystä haasteista ja kokemuksista, joita pit- kääikaissairailta potilailla ja perheiden huoltajilla oli terveyspalvelujärjestelmästä ja terveyspalveluntuottajista. Tutkimuksessa haastateltiin potilaita, perheiden huoltajia ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä komplisoituneen diabeteksen, kroonisen sydänsairauden tai COPD-taudin aiheuttamista haasteista. Potilaat toi- vat esille huolenaiheita koskien terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa ta- pahtuneiden kohtaamisten laatua tilanteissa, joissa potilas ilmaisi tarpeitaan tai toiveitaan. **Potilaat halusivat, että:**

- terveydenhuollon ammattihenkilöillä olisi paremmat **vuorovaikutus- ja tie- donantamisen taidot**
- terveyspalvelut olisivat hyvin organisoituja ja että **odotusajat ammattihenki- lön tapaamiseksi lyhentyisivät**
- he saisivat **omahoidon tukea**
- ammattihenkilöillä olisi parempi **ymmärrys kokonaisvaltaisesta hoidosta ja hoidon jatkumisesta**
- potilaat ja perheiden huoltajat otettaisiin **mukaan päätöksentekoprosessei- hin** (Mirzaei ym. 2013, 1-4.)

Coleman ym. (2009) halusivat saada näyttöön pohjautuvaa tietoa vastaanottojen kyvystä suunnitella hoito terveyshyötymallin keskeisten elementtien mukaan, suunnittelun vaikutuksista ja terveyshyödystä. Tutkijat tekivät katsauksen vuo- sina 2000–2008 julkaistuun näyttöön. Katsaukseen valitut julkaisut olivat empiiri- siä arviointeja terveyshyötymalliin pohjautuvista interventioista tai havaintotutki- muksia terveyshyötymallin ja terveys- tai taloudellisen hyödyn suhteesta. 2000- luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana on saatu huomattavaa kokemusta terveyshyötymallin käytöstä pitkäaikaissairauksien hoidon laadun parantumi- sessa. Vastaanotot, jotka ovat järjestäneet palvelunsa terveyshyötymallin kes- keisten elementtien mukaan, ovat yleisesti ottaen parantaneet hoidon laatua ja

tuottaneet terveyshyötyä eri pitkäaikaissairauksia sairastaville. Sama ilmiö on havaittu myös muissa kuin yhdysvaltalais tutkimuksissa. **Tulokset ovat tehokkaimpia, kun muutoksia tehdään terveyshyötymallin useiden keskeisten elementtien alueelle.** (Coleman ym. 2009, 75–82.)

Kanadassa on meneillään tutkimus, jonka tavoitteena on arvioida **pitkäaikaissairauden ehkäisyn ja hoidon yhdistämiseen** liittyvän intervention soveltumista ja implementointia perusterveydenhuollossa. Tutkimus suunnataan potilaisiin, joilla on vähintään yksi pitkäaikaissairaus (diabetes, sydän- ja verenkiertosairaus, COPD-tauti tai astma) tai sen riskitekijä. Aineisto kerätään kuvailevilla kvalitatiivisilla menetelmillä päätöksentekijöiltä, ammattilaisilta ja potilailta ennen implementointia, sen aikana ja sen jälkeen. Tuloksiksi odotetaan potilaiden omahoidon tehostumista, potilaiden voimaantumista sekä terveyskäyttäytymisen, toiminnallisen terveydentilan, elämänlaadun ja henkisen hyvinvoinnin parantumista. Organisaatiotasolla tulosten odotetaan johtavan koordinoituun palvelutuotantoon, potilaiden parempaan seurantajärjestelmään ja ammattilaisten välisen yhteistyön laajenemiseen. (Fortin ym. 2013, 1-5.)

Pitkäaikaissairauksien kirjavat hoitokäytännöt perusterveydenhuollossa saivat tutkijat olettamaan, että parempien hoitokäytäntöjen implementaatioyritykset kohdistuvat yksittäisten toimijoiden koulutukseen tai päätöksenteon tukeen eivätkä dynaamiseen järjestelmään kokonaisuutena. **Koko työyhteisön oppiminen** on erityisen tärkeä piirre, ja se saattaa liittyä perusterveydenhuollon kykyyn tuottaa parempaa hoitoa. Leykum ym. (2011, 1-5) kehittivät oppimisasteikon keskinäisen oppimisen käsitteen mittaamiseksi. Oppimisasteikon tulosten ja terveyshyötymallin toteutumisen välillä havaittiin yhteyttä. Keskinäinen oppiminen näyttää olevan työyhteisössä tärkeä oppimisen piirre, ja sen toteutuminen **liittyy terveyshyötymallin vakiintumisen asteeseen**. Keskinäistä oppimista työyhteisössä edistävät interventiot saattavat johtaa pitkäaikaissairaiden potilaiden parempaan hoitoon ja hoitotulosten edistymiseen. (Leykum ym. 2011, 1-5.)

Omahoidon tuki on yksi terveyshyötymallin keskeisistä elementeistä. Se on olennainen osa tehokasta pitkäaikaissairauden hoitoa. Käytännössä omahoidon tuki näyttää toteutuvan vähän ja olevan haastavaa. Hollantilainen tutkimusryhmä

selvitti, toteutuuko omahoidon tuki terveyshyötymallin viitekehyksen mukaisesti ja millä tavoin. Lisäksi tutkittiin omahoitoa tukevien strategioiden toteutumisen tasoa ja käytännön esteitä. Tutkimukseen osallistui 13 maata Euroopasta. Tutkimusryhmä teki osallistujamaissa katsauksen, joka perustui terveyshyötymallin mukaiseen tietoperustaan. Keskeiset tiedonantajat esittelivät terveyshyötymallin mukaisia menettelytapoja sekä omahoitoa tukevia strategioita. Maiden rajat ylittävää katsausta täydennettiin hollantilaisella tapaustutkimuksella terveysalan ammattihenkilöiden mielipiteistä omahoidon tuen toteutumisesta käytännössä. Tutkimusryhmä sai selville, että pitkäaikaissairaiden omahoidon tuki on suhteellisen kehittymätöntä Euroopassa. Yhtäläisyydet maiden välillä koskivat enimmäkseen tuottamiseen osallistuvia (hoitajat) ja puitteita (perusterveydenhuolto). Eroja vallitsee tuen käytännöissä, menettelytavoissa ja käytetyssä materiaalisissa. Tuki painottuu potilaan lääketieteelliseen ja käyttäytymisen hoitoon, emotionaalinen tuki jää vähemmälle huomiolle. Hollantilaisten toimijoiden mukaan **omahoidon tuki ei ole vielä olennainen osa päivittäistä käytäntöä**; toteutumista hankaloittavat muun muassa rahoitus, informaatiotekniikka ja lääketieteellinen kulttuuri. (Elissen ym. 2013, 1-6.)

Epäterveelliset elämäntavat aiheuttavat tai pahentavat pitkäaikaissairauksia. Yhdysvaltalaisutkijoiden tarkoituksena oli kehittää ja pilotoida opetusohjelma, joka **yhdistää motivoivan haastattelun ja omahoidon tuen**, yhden terveyshyötymallin keskeisistä elementeistä. 30 ammattihenkilöä valmennettiin motivoivan haastattelun taitoihin ja terveyshyötymallin omahoidon tukeen teoriassa, sen jälkeen opittua sovellettiin käytäntöön. Menetelminä olivat case-pohjainen interaktiivinen ohjaus, video-opetus, ryhmärooliharjoitukset, demonstraatiot ja vastaanottotilanteiden havainnointit. Osallistujat arvioivat opetusohjelmaa ja raportoivat itseluottamuksen lisääntyneen tilanteissa, joissa oli tarpeen muuttaa potilaan terveyskäyttäytymistä. Opettajan havainto oli, että kliinisissä tilanteissa osallistujat käyttivät oppimiaan taitoja yhteistyössä potilaan kanssa parantaakseen potilaan valmiuksia omahoidon tavoitteen asetteluun. Opetusohjelma, joka yhdistää **motivoivan haastattelun taidot terveyshyötymallin omahoidon tukemiseksi**, osoittautui toteuttamiskelpoiseksi kehittää ja implementoida. Koulutus edisti työn-

tekijän luottamusta taitoihinsa terveysneuvonnassa ja **potilaiden voimaannuttamisessa aktiivisiksi osallistujiksi omassa hoidossaan**. (Abramowitz, Flat-tery, Franses & Berry 2010, 1-6.)

Monissa terveyspalvelujärjestelmissä, joiden piiriin kuuluu paljon vähemmistö-kansallisuuksia, tunnetaan huolta siitä, miten tuotetaan laadukkaita **palveluja väestön vähemmistöryhmille siten, että palvelut ovat helposti saavutettavissa ja että kulttuurierot ymmärretään**. Yksi strategia kulttuurieroja ymmärtävän hoidon tuottamiseksi on kouluttaa väestöryhmää edustavia **maallikkotyöntekijöitä** ja antaa heille terveysneuvontaa ja -valistusta, jota he jakavat oman väestöryhmänsä keskuudessa. Yhdysvaltojen lounaisosissa Meksikon rajan tuntumassa nämä maallikkotyöntekijät, jotka tunnetaan nimellä *promotores* (edistäjä, edesauttaja), on otettu osaksi alueen terveyspalvelujärjestelmää. Näin pyritään edistämään terveyspalvelujen saatavuutta ja ymmärrettävyyttä latinalaisamerikkalaisen väestön keskuudessa. Alueella toimitaan terveyshyötymallin viitekehyksen mukaisesti, mutta *promotores*-mallin ja terveyshyötymallin keskeisten elementtien yhdistämisen tehokkuudesta on vain vähän tutkimusta. Asiaa tutkittiin haastatteleamalla alueen diabeteshoitotiimien jäseniä, joita olivat terveysalan ammattilaisten lisäksi *promotores*-työntekijät. Tuloksena oli, että toiminnot diabeteshoitotiimin ammattihenkilöiden ja *promotores*-työntekijöiden välillä eivät olleet yhdistyneet hyvin. Ammattihenkilöt eivät tunnistanee *promotores*-työntekijöitä relevantin potilasohjauksen tai hoitoon liittyvän tiedon lähteenä. *Promotores*-työntekijät toimivat linkkeinä diabeteshoitotiimin ammattihenkilöiden ja yhteisön välillä. Jatkotutkimus arvioitiin tarpeelliseksi, jotta *promotores*-malli ja terveyshyötymalli yhdistyvät tehokkaasti terveyshyödyn tuottamiseksi alueen latinalaisamerikkalaisen väestön keskuudessa. (Keller, Borges, Hoke & Radasa 2011, 70–79). Mainittakoon, että Euroopassa vain harvoissa maissa käytetään maallikkoja omahoidon tukemisessa. Yksi tunnettu esimerkki on Englannin **asiantuntijapotilas** -ohjelma, joka koostuu kuuden viikon pituisesta maallikkojohtoisesta ohjauksesta pitkäaikaissairaille. (Elissen ym. 2013, 5.)

Terveyshyötymalliin pohjautuvat hoito-ohjelmat ovat Hollannissa yleisiä. Laadullista **tutkimusta hoito-ohjelmien implementoitumisesta** on vähän verrattuna

määrälliseen tai talouden näkökulmasta tehtyyn tutkimukseen. Viiden pitkäaikais-sairauden hoito-ohjelman kehittämisen ja implementoinnin aikaisia vaiheita perusterveydenhuollossa tarkasteltiin haastattelemalla kehittämisprojektien projektijohtajia ja -päälliköitä sekä ammattihenkilöitä. Kysymykset kohdistettiin projekteihin valittuihin pitkäaikaissairauksiin (diabetes, syömishäiriöt, COPD-tauti, monisairastavuus, sydän- ja verisuonisairauksien riskissä olevat), projektisuunnitelmiin, kehittämisen ja implementoitumisen esteisiin, projektijohtajien toimintaan, reaktioihin, rooleihin ja vastuisiin sekä sairauden hoitostrategioihin. Tutkimus osoitti neljä teemaa, jotka kuvaavat sairaudenhoitoa ja terveyshyötymallia: 1) terveyspalvelujärjestelmän muuttuminen, 2) potilaskeskeinen hoito, 3) tietojärjestelmät ja niiden aiheuttamat esteet sekä 4) projektien yhdistäminen palvelujärjestelmään. Toimipaikoissaan projektijohtajat ja -päälliköt toimivat ikään kuin matkaoppaina avustaen ja tarkkaillen, kun hoito-ohjelmat etenivät globaaleista suunnitelmista paikalliseksi toiminnaksi. Projektijohtajat ja -päälliköt pohtivat keinoja, joilla terveydenhuoltojärjestelmä keskittyisi pitkäaikaissairauksiin. Potilaskeskeistä hoitoa korostettiin. Tietojärjestelmien haasteet tulivat esiin kaikkialla. Tutkimus paljasti, että **projektijohtajat ja -päälliköt ovat avainasemassa**, kun lisätään ymmärrystä siitä, miten sairauden hoito-ohjelmat kehittyvät ja implementoituvat perusterveydenhuollossa. (Hipple Walters, Adams, Nieboer & Bal 2012, 1-10.)

Texasilaiset tutkijat tarkastelivat tutkimustuloksia 2-tyypin diabeetikkojen hoidossa. Tulokset asetettiin terveyshyötymallin viitekehykseen ja kävi ilmi, että pitkäaikaissairaiden, kuten 2-tyypin diabeetikkojen, hoitotulosten parantuminen on välttämätöntä. **Hoidon on muututtava pirstaleisesta, episodimaisesta tarkastelusta kokonaisvaltaiseksi hoidoksi.** Terveyshyötymallin keskeiset elementit, terveyspalvelujärjestelmä, kliiniset tietojärjestelmät, päätöksenteon tuki, palvelujen tuottamistapa, omahoidon tuki ja yhteisöllisyys, tarjoavat mallin, joka vaaditaan näiden potilaiden hoidon tehokkaaseen parantumiseen. (Dancer & Courtney 2010, 580–581.)

Italiassa on diabeteksen hoidossa implementoitu useita sovelluksia terveyshyötymallista. Vakuuttava tieto niiden vaikuttavuudesta kuitenkin puuttuu. Hoitotasapainossa olevat 2-tyypin diabeetikot ovat mukana SINERGIA-ohjelmassa, joka

sisältää terveyshyötymallin keskeiset elementit. **Potilaan voimaantuminen on tarkastelun keskipisteessä, ja potilaan roolia päätöksentekijänä sekä omaa vastuullisuutta hoidossa korostetaan.** Diabeteslääkärit, -hoitajat ja ravitsemusterapeutit tekevät yhteistyötä potilaiden voimaannuttamiseksi. Sähköisiä palveluja hyödynnetään tehokkaasti. Tutkimuksessa verrattiin klinisiä mittaustuloksia vuosi ennen ja jälkeen SINERGIA-ohjelman aloituksen. Mittaustulosten perusteella SINERGIA-malli on tehokas metabolisen kontrollin parantumisessa ja sydän- ja verisuonitautien riskien vähentämisessä. (Musacchio ym. 2011, 724.)

Pitkäaikaiset hengityselinsairaudet, kuten COPD-tauti ja astma, aiheuttavat korkeaa kuolleisuutta ja sairastavuutta (Henderson & Rubin 2012, 1; World Health Organization 2015). Määrän odotetaan nousevan vuoteen 2020 mennessä. Englantilaisutkijoiden tarkoituksena oli tunnistaa väestön tarpeeseen perustuvan hoidon avainpiirteet pitkäaikaisissa hengityselinsairauksissa. Yhteisen ymmärryksen kehittämiseksi asiantuntijajaneeli laati **terveyshyötymallin osatekijöille standardit Assessment of Chronic Illness Scale -asteikkoa (ACIC) käyttämällä.** Asiantuntijajaneelin arvion tuloksena saavutettiin konsensus siitä, että terveyshyötymalli on validi lähtökohta väestön tarpeeseen perustuvalle hoidolle pitkäaikaisissa hengityselinsairauksissa. Lähestymistapa on sovellettavissa myös muiden pitkäaikaissairauksien hoidon suunnitteluun. (Henderson & Rubin 2012, 1-9.)

Terveyshyötymalli tarjoaa viitekehyksen ja suuntaviivat mielenterveyspotilaiden kokonaisvaltaisen hoidon järjestämiseksi perusterveydenhuollossa (Davis ym. 2011, 317; O'Donnell, Williams, Eisenberg & Kilbourne 2013, 1-4). Kaksi organisaatiota Quebecin provinssissa Kanadassa verkostoituivat ja tarjosivat kokonaisvaltaista behavioristista ja somaattista terveydenhuoltoa mielenterveyspotilaille väestön tarpeista lähtevästi. Organisaatiot sitoutuivat asiakaslähtöiseen, kokonaisvaltaiseen ja ennaltaehkäisevään hoitoon. (Davis ym. 2011, 317.)

Norjassa tehtiin systemaattinen katsaus, jonka tavoitteena oli terveyshyötymallin vakiinnuttamista estävien ja helpottavien tekijöiden tunnistaminen masennuksen hoidossa perusterveydenhuollossa. Estäviksi tekijöiksi havaittiin organisaation, johdon ja ammattihenkilöiden puutteellinen kyky muuttaa ja toteuttaa toimintaa

terveyshyötymallin keskeisten elementtien mukaisesti. Potilaan omahoidon tukemiseen liittyen ammattihenkilöiden vastuullisuudessa oli selkeyden puutetta. (Holm & Severinsson 2012, 513–519.) Kuten aikaisemmin tässä luvussa todettiin, keinoja joiden avulla terveyshyötyä pitäisi saavuttaa, ei ole helppo ymmärtää (Oprea ym. 2009, 55). **Terveyshyötymallin vakiinnuttamisen onnistumista edistivät johdon tuki, visio sekä palvelujärjestelmän uudistaminen.** Kun toimintaympäristössä suunnitellaan muutoksia, johdon ja ammattihenkilöiden täytyy työskennellä kohti yhteistä päämäärää ja visiota. Prosessit vaativat selkeyttä hoidon toteuttajan roolista ja vastuista, jotta tunnistetaan masennusta sairastavan henkilön tarpeet. (Holm & Severinsson 2012, 513–519.)

2.3 Terveystyömalli kehittämistyön viitekehyksenä Suomessa

Suomessa on toteutettu alueellisia kehittämishankkeita kansalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmaan (Kaste) liittyen. Hankkeista tunnetuin on Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon (RAMPE) -hanke, jossa **kehittämistyön viitekehyksenä oli terveyshyötymalli kaikkine keskeisine elementteineen.** RAMPE -hanke toteutettiin vuosina 2010–2012 laajalla alueella Keski- ja Itä-Suomessa sekä Kainuussa. Hanke koostui useista osahankkeista, joissa kehittämisen kohteina olivat terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintatavat, työssä oppiminen ja moniammatillinen yhteistyö. Hankkeen päätavoitteiksi asetettiin perusterveydenhuollon vetovoimaisuuden ja palvelukyvyn lisääminen, pätevien lääkäreiden ja hoitajien saatavuuden ja pysyvyyden turvaaminen perusterveydenhuollossa sekä potilaan osallisuuden lisääminen hoitoprosessissa. Hankkeen konkreettisina tarkoituksina oli henkilöstön osaamisen ja päätöksenteon, perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan sekä omahoidon tukeminen. (Ruoranen ym. 2013, 2-17.)

RAMPE-hankkeessa henkilöstön osaamisen ja päätöksenteon tuen alueella tuettiin näyttöön perustuvaa toimintaa, kehitettiin työssä oppimisen menetelmiä ja vahvistettiin henkilöstön osaamista. **Terveyshyötymallia sovellettiin paikalli-**

siin tarpeisiin perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan vahvistumiseksi. Pitkäaikaissairaiden, paljon palveluja käyttävien potilaiden hoitoa mallinnettiin ja hoidon suunnitelmallisuutta kehitettiin. Palveluvalikoimaa monipuolistettiin. Sairaanhoidajan rooli vahvistui sekä pitkäaikaissairauksien että akuuttien terveysongelmien hoidossa. Pitkäaikaissairaiden hoidon suunnitelmallisuuden kehittyminen muun muassa vähensi käyntimääriä vastaanotolla. Pitkäaikaissairaahan potilaan tarvitsemat palvelut kuvattiin hoito- ja palveluketjussa, josta tuli sekä potilaan että ammattihenkilön työkalu. Palvelujen saatavuutta edistettiin ja hoidon laatua turvattiin luomalla tehtäväkuvaukset ja ohjeistukset päivystävän sairaanhoidajan ja fysioterapeutin vastaanottotyöhön (Ruoranen ym. 2013, 46–49).

Potilaan osallisuuden vahvistumiseksi tuettiin henkilöstön osaamista omahoidon tuen toteutuksessa ja ohjaustoiminnassa, korostettiin potilaan omista tarpeista ja lähtökohdista lähtevän hoitosuunnitelman laatimista sekä **vahvistettiin omahoidon tuessa käytettävien työkalujen käyttöön ottoa.** Omahoidon tuen työkaluja ovat omahoitolomake, motivoiva haastattelu ja sähköinen asiointi. Osallisuuden näkökulmasta RAMPE-hankkeessa perehdyttiin toimintaan, jossa potilas on hoitotiimin jäsenenä oman elämänsä asiantuntija. Potilaan osallisuuden kokonaisuuden hahmottaminen todettiin vielä epäselväksi. Tunnistettiin kuitenkin, että osallisuuden toimintakulttuurissa potilas asettuu ammattilaisen rinnalle jo palvelujen sisältöjä ja toteutusta suunniteltaessa. Kaiken kaikkiaan terveyshyötymallin todettiin sopivan hyvin pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämisen viitekehykseksi. (Ruoranen ym. 2013, 52–53.)

Potku2 -hanke on toinen laaja kansallinen kehittämishanke, jossa käytettiin **terveyshyötymallia pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämisen viitekehyksenä.** Hanke toteutettiin vuosina 2012-2014 Väli-Suomessa viiden maakunnan alueella. Kuten edellä kuvattu RAMPE-hanke, Potku2 -hanke koostui myös osahankkeista. Hankkeen tavoitteena oli implementoida ykkösvaiheessa kehitettyjä toimintoja osaksi normaalia arkitoimintaa. Kyseessä oli pitkäaikaissairaiden potilaiden suunnitelmallinen hoito laajalla rintamalla organisaatiokohtaisesti sovelletuna. (Potku2 -hanke 2014, 19-20.)

Kuten kansainvälisissä tutkimusartikkeleissa myös Potku2 -hankkeessa todettiin, että **terveyshyötymallin viitekehys toimii terveyspalvelujen kehittämisessä parhaiten silloin, kun vaikutetaan mahdollisimman moneen terveyshyötymallin elementtiin yhtäaikaaisesti**. Mallia ei voi kopioida ja ottaa käyttöön sellaisenaan, vaan toiminnan kehittäminen vaatii lujaa työtä, johtajuutta, suunnitelmallisuutta, kehittämistyöntekijöiden tukea ja asioiden kertausta. Kehittämistyön tulosten kannalta on parasta, jos ammattilaiset ja potilaat yhdessä osallistuvat toimintojen kehittämiseen. (Potku2 -hanke 2014, 20.)

Fysioterapiapalvelujen kannalta on huomion arvoista, että Potku2 -hankkeessa kehitettiin yhteistyön laajentamiseksi alueellista selkäpotilaan hoitoketjua, jonka myötä perusterveydenhuollossa käynnistettiin fysioterapeuttien akuuttivastaanottoja. Liikuntatoimi oli keskeinen yhteistyökumppani usealla hankepaikkakunnalla, kun hankkeen tukemana kehitettiin liikkumislähete osaksi omahoidon palveluvalikoimaa. (Potku2 -hanke 2014, 22-24.)

Palveluvalikoiman laajentaminen näkyi Potku2 -hankkeessa fysioterapiapalvelujen näkökulmasta muun muassa siinä, että yhden osahankkeen veturina toimineessa Hämeenlinnassa perustettiin kipuryhmiä, nivelrikkoryhmiä, tuoliryhmiä ja niskaselkäryhmiä. (Potku2 -hanke 2014, 46-47.)

Molemmissa kansallisissa kehittämishankkeissa vaikutettiin kaikkien terveyshyötymallin keskeisten elementtien mukaisiin toimintoihin. Kehittämistoiminta pohjautui alueellisiin ja paikallisiin tarpeisiin, ja aikaansaannokset soveltuvat organisaatioiden toiminta-alueiden väestön tarpeisiin. Molemmissa hankkeissa käytettiin luvussa 2.2. mainittua ACIC-asteikkoa.

3 TOIMINTAKYKY JA TERVEYSHYÖTY FYSIOTERAPIAN FOKUKSENA

Fysioterapian perustana on fysioterapiatiede, jonka paradigmana ovat ihmisen liike, liikkuminen ja toimintakyky sekä niissä ilmenevät toiminnan häiriöt ja heikkenemiset. Myös muiden tieteenalojen tietoa ja tutkimusta hyödynnetään ja sovelletaan. (Suomen Fysioterapeutit 2014b.) Fysioterapiassa arvioidaan, tutkitaan, kehitetään, ylläpidetään ja palautetaan ihmisen liikkumista ja liikuntakykyä, toimintakykyä ja terveyttä silloin, kun liikkumista tai toimintakykyä uhkaa jokin häiriö ikääntymisen, vamman, kivun, sairauden, olosuhteiden tai ympäristötekijöiden vaikutuksesta. Liikkumisen ja toimintakyvyn edistäminen kohdistuu sekä väestö- että yksilötasolle koko elämänkaaren ajalla. (Bennett 2011, vii; Suomen Fysioterapeutit 2014b; World Confederation for Physical Therapy 2014.)

Fysioterapian menetelmiä ovat:

- terveyttä, toimintakykyä ja työkykyä edistävä ohjaus ja neuvonta
- terapeutin harjoittelu
- manuaalinen terapia
- fysikaalinen terapia
- liikkumista ja toimintakykyä tukevat apuvälinepalvelut
- asumista ja elinympäristössä selviytymistä sekä osallistumista tukevat palvelut
- työssä selviytymistä tukevat fysioterapiapalvelut (Fysioterapianimikkeistö 2007, 25–29; Suomen Fysioterapeutit 2014b.)

Fysioterapeuttisella ohjauksella ja neuvonnalla pyritään edistämään terveyttä ja toimintakykyä tuottavia muutoksia tai ehkäisemään toimintarajoitteiden aiheuttamia muutoksia. Toiminnan päämääränä on ihmisen terveydelle ja toimintakyvylle myönteisten asioiden tukeminen. Fysioterapeutti osallistaa asiakkaansa fysioterapian tavoitteiden asettamiseksi ja tukee asiakkaansa voimavaroja tavoitteiden saavuttamiseksi. Asiakasta kannustetaan ottamaan vastuuta omasta terveydes-

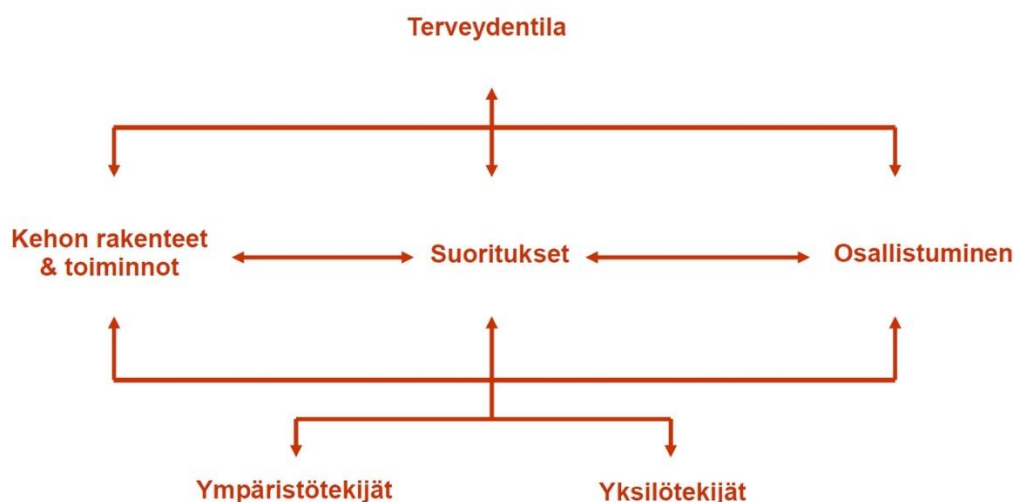
tään ja toimintakyvystään ja häntä tuetaan tunnistamaan sekä suuntaamaan voimavarojaan toimintakyvyn rajoitteiden hallitsemiseksi. (Fysioterapianimikkeistö 2007, 25.)

Toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön fyysisiä, psyykkisiä, kognitiivisia ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä yksilölle merkityksellisistä ja välttämättömistä toiminnoista omassa toiminta- ja elinympäristössään. Toimintakyky voidaan nähdä tasapainoisena tilana yksilön kykyjen, elin- ja toimintaympäristön sekä omien tavoitteiden välillä. Fyysisen toimintakyvyn edellytyksiä ovat muun muassa lihasvoima ja -kestävyys, kestävyyskunto, nivelten ja selkärangan liikkuvuus, kehon asennon ja liikkeiden hallinta, keskushermoston koordinoiva toiminta ja aistitoiminnot. Psyykkinen toimintakyky koostuu yksilön voimavaroista, kyvystä vastaanottaa ja käsitellä tietoa, kyvystä tuntea, kyvystä muodostaa käsityksiä itsestä ja ympäröivästä maailmasta sekä kyvystä suunnitella elämäänsä ja tehdä sitä koskevia valintoja ja ratkaisuja. Kognitiivisen toimintakyvyn edellytyksiä ovat muisti, oppiminen, keskittyminen, tarkkaavuus, hahmottaminen, orientaatio, tiedon käsittely, ongelmien ratkaisu, toiminnanohjaus ja kielellinen toiminta. Sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuudet ovat yksilö vuorovaikutussuhteissaan sekä yksilö aktiivisena toimijana ja osallistujana eri yhteisöissä ja koko yhteiskunnassa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL 2014a; THL 2014b.)

Toimintakyvyn käsite on siis laaja ja moniulotteinen, ja sitä kuvattaessa puhutaan aina myös toimintarajoitteista. Biopsykososiaalinen näkökulma on kokonaisvaltainen tapa nähdä toimintarajoitteet epäsuhtana henkilön terveyden ja konkreettisen elämäntilanteen vaatimusten välillä. Terveystilaan liittyvien tekijöiden lisäksi toimintakyvyssä huomioidaan ympäristö- ja yksilötekijöiden vaikutus. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa käytettävissä oleva tuki ja palvelut, apuvälineet, työtilanne, perhe, harrastukset, motivaatio ja uskonto. Kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus (ICF) noudattaa biopsykososiaalista näkökulmaa ja käsittää toimintakyvyn ja toimintarajoitteet moniulotteisena, vuorovaikutuksellisenä ja dynaamisena tilana, johon sisältyy terveystilan, yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutus. Biopsykososiaalisen näkökulman mu-

kaan ICF-luokitus jakaa toimintakyvyn seuraaviin osa-alueisiin: 1) kehon rakenteet ja toiminnot, 2) suoritukset ja osallistuminen, 3) ympäristötekijät sekä 4) yksilötekijät (kuvio 3.). (ICF-luokitus 2007, 18–20; THL 2014c; THL 2014d.)

ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet



Kuvio 3. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (ICF-luokitus 2007, 18; THL 2014c).

Terveysshyödyn käsitteelle ei suoranaisesti löydy suomenkielistä määritelmää. Vastakohtaa ilmaiseva käsite ”terveyshaitta” sen sijaan määritellään terveydelle haitalliseksi ympäristö- tai muuksi tekijäksi (Kotimaisten kielten keskus 2014). Terveysshyödyn käsitteen määrittelemiseksi voidaan tarkastella englanninkielisiä vastineita. Terveysshyöty (*health gain*) ilmaisee väestön mitattua terveyttä, joka lisääntyy esimerkiksi kattavalla rokotusohjelmalla. Väestön sairastavuus vähenee, kun rokotukset tehoavat. Terveysshyötyä (*health benefit*) saavutetaan terveystaloustieteen näkökulmasta, jolloin jokin toiminto tuottaa hyötyä kustannusten vähenemisenä tai lisääntyneenä terveytenä. Terveyspalveluja käyttävän asiakkaan näkökulmasta terveysshyöty (*health value*) on yksilön kokema lisäarvo,

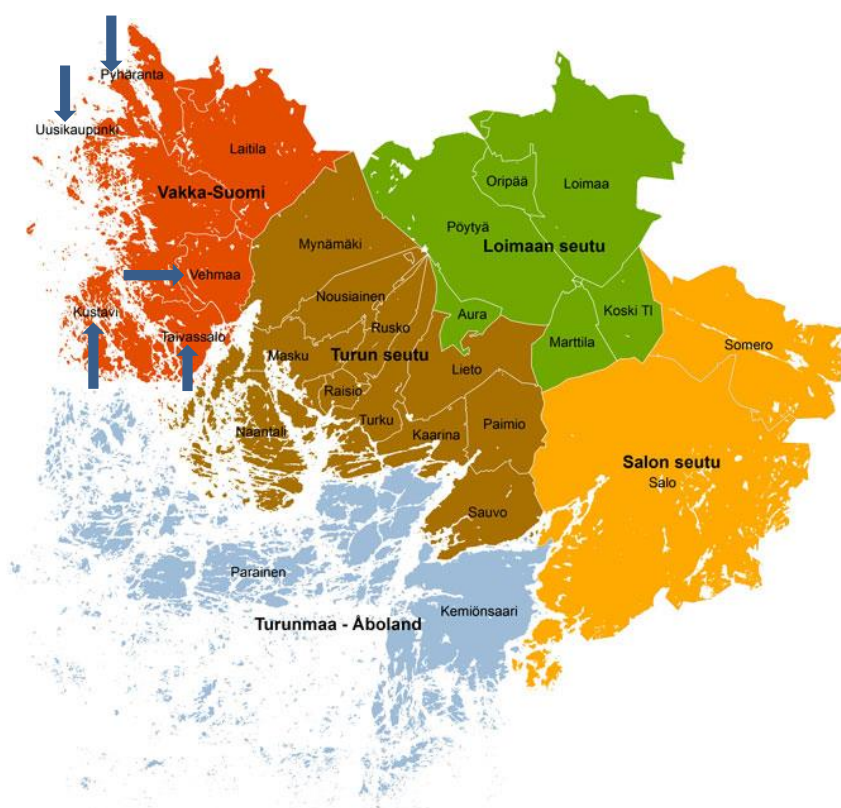
jota hän saa terveystalveluista. (Kujala 2010, 20.) Terveysthyötymallin alkuperäisessä englanninkielisessä mallinnuksessa (kuvio 1.) käytetään käsitettä ”*improved outcomes*”, parantuneet tulokset, jotka syntyvät, kun terveysthyötymallin keskeiset elementit toimivat (© 2006-2015 Improving Chronic Illness Care).

Fysioterapian fokuksena on asiakkaan terveydelle ja toimintakyvylle myönteisten asioiden tukeminen siten, että asiakas on aktiivinen osallistuja omien voimavarojensa ja mahdollisuuksiensa puitteissa (Eloranta & Kangasniemi 2015, 11). Terveysthyöty on asiakkaan saavuttama positiivinen vaikutus terveyteen, toimintakykyyn ja toimintakyvyn eri osa-alueille.

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN PROSESSI JA SEN VAIHEET

4.1 Kohdeorganisaation ja toimintaympäristön kuvaus

Suomen lounaisrannikolla Varsinais-Suomen maakunnassa ja Vakka-Suomen seutukunnassa sijaitseva Uusikaupunki toimii isäntäkuntana viiden kunnan muodostamalle terveystalvelujen yhteistoiminta-alueelle. Muut yhteistoiminta-alueen kunnat ovat Kustavi, Pyhäranta, Taivassalo ja Vehmaa (kuva 1.). Tammikuussa 2015 yhteistoiminta-alueen väkiluku oli 22 588 asukasta (Tilastokeskus 2015). Alueella yhdistyvät merellisyys ja saaristokulttuuri, vanha agraarikulttuuri ja nyky-aikainen maataloustuotanto sekä kaupunkikulttuuri ja moderni auto- ja metalliteollisuus (Varsinais-Suomen liitto 2015). Asukkaista 65 vuotta täyttäneitä on enemmän kuin koko maassa keskimäärin (taulukko 1. Tilastokeskus 2014).



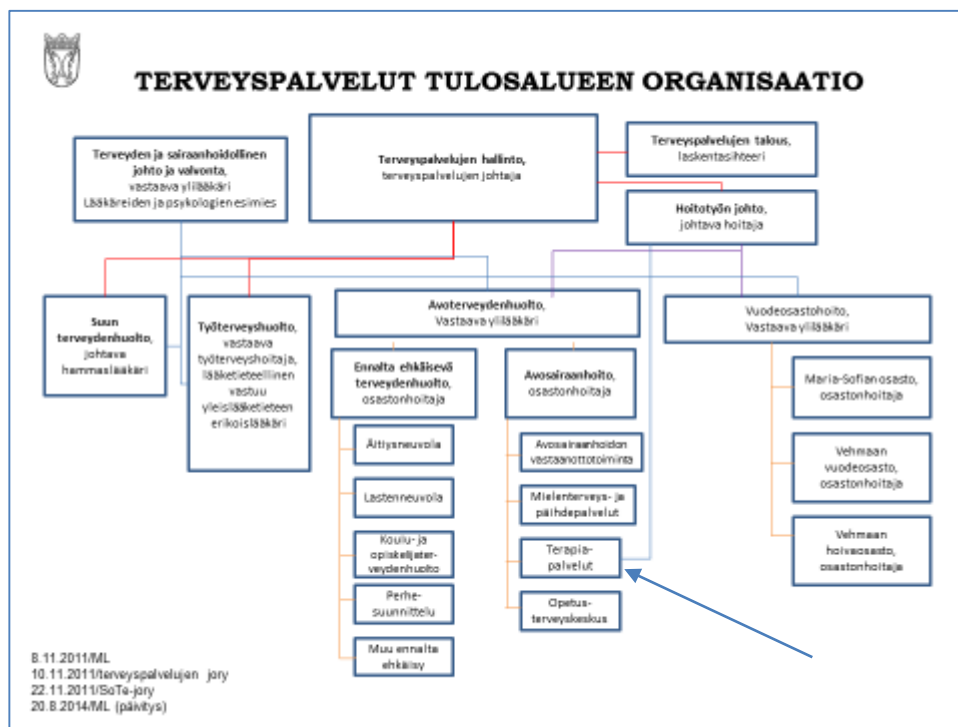
Kuva 1. Uudenkaupungin terveystalvelujen yhteistoiminta-alueen kuntien sijainti Varsinais-Suomessa (Varsinais-Suomen liitto 2015).

Taulukko 1. Yhteistoiminta-alueen kuntien väestön ikärakenne verrattuna maan keskiarvoon (Tilastokeskus 2014).

	Kustavi	Pyhäranta	Taivassalo	Uusikaupunki	Vehmaa	Koko maa
0-14 vuotiaat	8,5 %	16,6 %	13,1 %	14,1 %	14,5 %	16,4 %
15-64 vuotiaat	58,7 %	60,1 %	57,0 %	60,9 %	60,5 %	64,2 %
65 täyttäneet	32,8 %	23,2 %	29,9 %	25,0 %	25,0 %	19,4 %

Uudenkaupungin kaupungin palvelutuotannossa sosiaali- ja terveyskeskus vastaa sosiaalipalvelujen, perusterveydenhuollon ja sairaanhoitopalvelujen sekä riittävän toimeentuloturvan järjestämisestä kunnan asukkaiden tarpeiden mukaisesti. Palvelualueetta johtaa sosiaali- ja terveysjohtaja kahden lautakunnan alaisuudessa. (Uusikaupunki 2015a.)

Terveyspalvelut on oma tulosalueensa (kuvio 4.). Se muodostaa yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen ja vastaa Kustavin, Pyhärannan, Uudenkaupungin, Vehmaan ja Taivassalon kuntien perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien päihde- ja mielenterveyspalvelujen järjestämisestä. Yhteistoiminta-alueella on kuusi terveysasemaa. Tulosaluetta johtaa terveyspalvelujen johtaja terveyslautakunnan alaisuudessa. (Uusikaupunki 2015b.)



Kuvio 4. Uudenkaupungin terveyspalvelujen tulosalueen organisaatiokaavio (M. Lanne, henkilökohtainen tiedonanto 20.8.2014).

Terapiapalvelut on tulosityksikkö, jolla on toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet. Yksikön palvelutoimintoja ovat fysioterapia, puheterapia, toimintaterapia, lääkinnällinen kuntoutus, veteraanikuntoutus sekä työttömien terveystarkastukset. Lisäksi yksikössä työskentelee sovellusasiiantuntija, joka vastaa organisaation sähköisestä potilastietojärjestelmästä. Tulosityksikön esimiehenä on johtava hoitaja.

Fysioterapiapalveluja tuottavat kuusi fysioterapeuttia ja yksi kuntahoitaja. Toimipisteet sijaitsevat Vehmaan ja Uudenkaupungin terveysasemilla. Fysioterapiapalveluja tuotetaan vastaanottokäynneillä, vuodeosastokäynneillä ja kotikäynneillä. Apuvälinepalvelut ovat kiinteä osa fysioterapiapalveluja. Palveluja tuotetaan kaikille ikäryhmille. Päivittäisjohtamisessa yksikkö toimii itseohjautuvan tiimin tavoin johtavan hoitajan alaisuudessa.

Kehittämiskojehti toteutettiin Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen fysioterapiapalveluissa.

4.2 Kehittämiprojektin tarve ja tausta

Kehittämiprojektin tarve syntyi työntekijän, työyhteisön ja organisaation näkökulmien kohtaamisesta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) 2012–2015 antamasta suunnasta.

Taustalla oli projektipäällikön kouluttautuminen terveyshyötymallin teoreettiseen viitekehykseen vuoden 2011 aikana. Syntyi idea terveyshyötymallin mukaisen ajattelutavan ja viitekehyksen juurruttamisesta fysioterapiapalveluihin. Fysioterapeutit tunnistivat fysioterapiapalvelujen kasvavan tarpeen ja rajalliset resurssit palvelujen tuottamisessa. Toiminnan kehittäminen ja ajattelutavan muutos arvioitiin välttämättömiksi, jotta fysioterapiapalvelujen kysyntä ja tarjonta tasapainottuisivat.

Kaste-ohjelman 2012–2015 tavoitteet ja osaohjelmat antoivat suunnan alueellisille ja paikallisille kehittämishankkeille. Terveyshyötymalli oli viitekehyksenä useissa Kaste-ohjelman hankkeissa, jotka kohdistuivat palvelujen rakenteiden uudistamiseen ja tehokkaampien peruspalvelujen järjestämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2014.)

Uudenkaupungin kaupungin strategiassa edellytetään rakenteellisesti uusia palvelujen tuottamistapoja talouden näkökulmaa painottaen (Uusikaupunki 2014). Terveyspalvelujen tulosalueella strategia ohjasi vuoden 2014 toiminnan ja talouden tavoitteita siten, että palveluprosesseja ja niiden jokaista vaihetta oli määrä tarkastella terveyshyödyn näkökulmasta. Terveyshyötymalli valittiin terapiapalvelujen tulosityksikön vuoden 2014 kehittämistyön viitekehykseksi ja ajattelumalliksi. (M. Lanne, henkilökohtainen tiedonanto 6.3.2014.) Terveyshyötymalli määrittä terapiapalvelujen tulosityksikön toiminnan ja talouden tavoitteiden asettamisen vuodelle 2014 (T. Huovinen, henkilökohtainen tiedonanto 18.12.2013). Ylemmän amk-tutkinnon opinnäytetyönä toteutettava kehittämisprojekti valittiin yhdeksi keinoksi tavoitteiden saavuttamiseksi.

4.3 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus

Kehittämiprojektin tavoitteeksi asetettiin fysioterapian ydinprosessin kuvaaminen terveyshyötymallia viitekehyksenä käyttäen. Ydinprosessilla tarkoitetaan keskeistä, asiakkaisiin liittyvää toimintaa, jossa toteutuu organisaation perustettava ja strategia. Ydinprosessi voi ylittää eri toimintojen rajat. (Jalonen 2012, 11.)

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli fysioterapian asiakasprofiilin selvittäminen, fysioterapeuttien tutustuttaminen terveyshyötymalliin sekä fysioterapiapalvelujen kysynnän ja tarjonnan tasapainottaminen terveyshyötymallin viitekehystä hyödyntämällä.

Kehittämiprojektin tuotoksena valmistui kuvaus fysioterapian ydinprosessista, jonka jokaista vaihetta tarkasteltiin toimintakyvyn ja terveyshyödyn näkökulmasta.

4.4 Projektiorganisaation kuvaus

Kehittämiprojektin ohjausryhmään kuuluivat terveyspalvelujen johtaja, vastaava ylilääkäri, johtava hoitaja/työelämämentori, opettajatuutori ja projektipäällikkö. Kokoonpano pieneni yhdellä jäsenellä, kun terveyspalvelujen johtaja jäi virkavapaalle lokakuussa 2014.

Ohjausryhmä kokoontui kaksi kertaa. Huhtikuussa 2014 ohjausryhmä käsitteli ja hyväksyi kehittämiprojektin suunnitelmat ja ohjasi projektipäällikön työtä. Kokonaisuuden etenemisen seuraamiseksi ohjausryhmä sai lokakuussa 2014 kehittämiprojektin väliraportin tiedokseen sähköpostitse. Maaliskuussa 2015 ohjausryhmä kokoontui arvioimaan kehittämiprojektin kokonaisuuden sekä tuotoksen toteutumista. Molemmissa kokouksissa edettiin projektipäällikön laatimien asialistojen mukaan ja kokouksista laadittiin muistiot. Ohjausryhmä edisti toiminnallaan kehittämiprojektin tavoitteen ja tarkoitusten toteutumista sekä tuki ja ohjasi projektipäällikön työtä. (Viirakorpi 2000, 29; Silfverberg 2007, 49).

Projektiryhmä muodostui toteutuksen avainhenkilöistä (Viirakorpi 2000, 25). Projektipäällikön lisäksi projektiryhmään kuului viisi fysioterapeuttia ja yksi kuntohoitaja. Projektiryhmän työ jakaantui kahteen jaksoon sekä ajallisesti että toiminnallisesti. Ensin projektiryhmä perehtyi terveyshyötymallin periaatteisiin ja keskeisiin elementteihin. Perehtyminen tapahtui projektipäällikön johdolla neljällä kokoontumiskerralla syyskuun 2013 ja huhtikuun 2014 välisenä aikana. Yhden perehtymiskerran kesto oli puolitoista tuntia. Ensimmäinen perehtyminen oli osa työyhteisön kehittämispäivää ja sijoittui ajallisesti kehittämisprojektin ideavaiheeseen. Kokoontumisten jälkeen projektiryhmän jäsenet saivat projektipäällikön laatiman perehdytysmateriaalin tiedokseen sähköisessä muodossa. Sama perehdytysmateriaali lähetettiin myös ohjausryhmän jäsenille.

Kesän 2014 aikana projektiorganisaation jäsenet toimivat soveltavan tutkimuksen tiedonantajina.

Projektiryhmän työskentelyn toinen vaihe tapahtui lokakuun 2014 aikana. Tehtävänä oli fysioterapian ydinprosessin kuvaaminen terveyshyötymallin viitekehyksen mukaisesti. Prosessin jokaista vaihetta tarkasteltiin toimintakyvyn ja terveyshyödyn näkökulmasta. Kehittämisprojektin soveltavan osion alustavat tulokset olivat tiedossa.

Projektiryhmä kokoontui neljä kertaa yhden kokoontumisen keston ollessa puolitoista tuntia. Projektipäällikkö valmisti kokoontumiset etukäteen ja valitsi työskentelymenetelmäksi parityöskentelyn ja yhteisen keskustelun. Projektiryhmä sai toimintaohjeet (liite 10), joiden mukaan työparit tarkastelivat asiakasprosessin vaiheita, keskustelivat näkemyksistään ja kirjasivat näkemyksensä muistiin.

Työskentelyssä yhdistettiin organisaatiossa käytössä olevat prosessityöskentelyn perusohjeet sekä asiakasprosessien kuvaamisen asiasisältöjen lähdemateriaali. Aiheet, joita projektiryhmä tarkasteli ja pohti, olivat asiakasajattelun lähtökohdat fysioterapian ydinprosessissa, asiakkaiden odotukset, arvolupaus, asiakkuuden määrittely, palvelujen rakenne ja sisältö, prosessin konkreettinen etene-

minen ja prosessin arviointi. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011; Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011; R. Laaksonen-Heikkilä & R. Nurminen, henkilökohtainen tiedonanto 9.1.2014.)

Projektipäällikkö ohjasi projektiryhmän työskentelyä avaamalla teemojen merkitystä ja nostamalla työparien pohdintoja yhteiseen keskusteluun. Projektipäällikkö huolehti projektiryhmän tuottaman asiasisällön ja tietovarannon yhdistämisestä, tallentamisesta ja tuotoksen saattamisesta lopulliseen asuunsa. Käytännön järjestelyt, kuten aikataulun laadinta, kokoustilan varaus ja työvälineiden järjestäminen työskentelytilaan olivat projektipäällikön vastuulla.

Tammikuussa 2015 työyhteisön kehittämispäivän yhteydessä projektiryhmä arvioi tuotosta. Arvioinnin perusteella projektipäällikkö täsmensi joitakin sanavalintoja tekstiosuudessa ja viimeisteli prosessikuvauksen ulkoasun.

Maaliskuussa 2015 projektiryhmän jäsenet arvioivat projektiryhmän työskentelyä ja kehittämisprojektin kokonaisuutta. Fysioterapian ydinprosessin kuvauksen arvioitiin kattavan fysioterapiapalvelut kokonaisuudessaan ja terveyshyötymallin periaatteiden näkyvän kuvauksessa. Projektiryhmän työskentely koettiin arkityön kiireisten aikataulujen vuoksi haastavaksi mutta sisällöltään antoisaksi.

Projektipäällikön toimintaa ohjasi valmentamisen näkökulma. Kyse oli osaamisen ja oppimisen kehittämisestä. (Sydänmaanlakka 2012, 143.) Projektipäällikkö pyrki lisäämään työyhteisön keskinäisen oppimisen avulla ymmärrystä kehittämisprojektin viitekehyksestä. Keskinäisen oppimisen toteutumisen on todettu liittyvän terveyshyötymallin vakiintumisen asteeseen (Leykum ym. 2011, 5).

Projektipäällikkö tavoitteli myös innostuksen välittämistä projektiryhmän jäseniin, koska projektin onnistumisen kannalta innostuksen tartuttaminen on olennaista (Aalto-Setälä & Saarinen 2014, 50–51). Projektipäällikkö tulkitsi, sovelsi, muokasi ja omaksui terveyshyötymallin periaatteet ja vei tiedon ammattihenkilöille, joilta tieto aikanaan välittyy asiakkaille. Koko kehittämisprojektin ajan projektipäällikkö kiinnitti huomiota kehittämistyön kestäviin vaikutuksiin. (Hipple Walters

ym. 2012, 9-10; Potku2 -hanke 2014.) Projektipäällikön johdolla terveyshyötymalliin liittyvää aikaisempaa tietoa reflektotiin organisaation ja toimintayksikön kehittämistarpeeseen.

4.5 Kehittämiskojeektin vaiheiden kuvaus

Kaksi vuotta ennen kehittämiskojeektin alkua projektipäälliköllä oli mahdollisuus perehtyä terveyshyötymallin viitekehukseen. Syntyi ajatus terveyshyötymallin mukaisen ajattelun juurruttamisesta fysioterapiapalveluihin. Syksyllä 2013 ajatuksesta tuli kehittämiskojeektin idea, joka linkittyi terapiapalvelujen vuoden 2014 toiminnallisiin tavoitteisiin. Toimintayksikön fysioterapeutit perehtyivät terveyshyötymalliin ensimmäisen kerran syyskuussa 2013 kehittämispäivän yhteydessä. Kehittämiskojeektin vaiheet käyvät ilmi kuviosta 5.



Kuvio 5. Kehittämiskojeektin vaiheet.

Kehittämiskojeektin idea täsmentyi lokakuussa 2013 terveyspalvelujen johtajan, opettajatuutorin ja projektipäällikön palaverissa. Kehittämiskojeektin tavoitteeksi

asetettiin fysioterapian ydinprosessin kuvaaminen terveyshyötymallin viitekehyyksen mukaan. Prosessin jokaista vaihetta oli määrä tarkastella terveyshyödyn ja toimintakyvyn näkökulmasta.

Terveyshyötymallin viitekehyykseen liittyvä tiedonhaku ja projektin kehittämisedellytysten arviointi tehtiin tammi-helmikuussa 2014, jolloin kehittämisprojektin esiselvitys valmistui.

Fysioterapeutit jatkoivat perehtymistä terveyshyötymalliin projektipäällikön johdolla kevään 2014 aikana. Projektipäällikkö valmisteli esitykset aikaisemman tietonsa ja esiselvitystä varten tekemiensä tiedonhakujen pohjalta. Tällä tavoin fysioterapeutit saivat tietoa terveyshyötymallin teoreettisesta viitekehyyksestä ja keskeisistä elementeistä. Yhteinen perehtyminen saatiin valmiiksi huhtikuussa 2014.

Projektin ohjausryhmä nimettiin maaliskuussa 2014. Huhtikuussa ohjausryhmä kokoontui ja hyväksyi projektisuunnitelman sekä soveltavan tutkimuksen suunnitelman. Samassa yhteydessä terveystieteen johtaja antoi tutkimusluvan (liite 1) kehittämisprojektiin liittyneelle soveltavalle tutkimukselle. Tämän jälkeen projektipäällikkö tiedotti fysioterapeuteja soveltavasta tutkimuksesta ja aineistonkeruusta. Soveltavan tutkimuksen aineistojen keruu toteutui touko-syyskuun aikana.

Aineistojen analysointi aloitettiin asteittain syksyn 2014 kuluessa. Alustavia tuloksia oli käytettävissä, kun projektiryhmä ryhtyi kuvaamaan fysioterapian ydinprosessia ja siihen liittyvää tietovarantoa lokakuussa 2014. Kehittämisprojektin väliraportti laadittiin samaan aikaan, ja ohjausryhmä sai väliraportin tiedokseen lokakuun lopussa.

Soveltavan tutkimuksen aineistojen analysointi valmistui maaliskuussa 2015. Projektipäällikkö muokkasi projektiryhmän laatiman fysioterapian ydinprosessin tietovarannon yhtenäiseksi kuvaukseksi, joka esitetään luvussa 9. Projektiryhmä arvioi tuotosta tammikuussa 2015 toimintayksikön kehittämispäivän yhteydessä. Maaliskuussa oli ohjausryhmän vuoro arvioida fysioterapian ydinprosessin ku-

vausta ja kehittämisprojektin kokonaisuutta. Projektiryhmän arvio työskentelystään saatiin maaliskuussa. Kehittämisprojektin raportti valmistuu lopulliseen muotoonsa toukokuun alussa 2015, jolloin kehittämisprojekti päättyy.

5 KEHITTÄMISPROJEKTIIN LIITTYVÄ SOVELTAVA TUTKIMUS

Kehittämiprojektiin liittyi soveltavan tutkimuksen osuus, jolle terveystalvelujen johtaja antoi tutkimusluvan (liite 1). Soveltavalle osalle asetettiin kaksi tavoitetta siten, että ne tukivat kehittämiprojektin tavoitteen saavuttamista. Tavoitteiden mukaan haluttiin:

- 1) saada selville, minkälainen on fysioterapiassa asioivien henkilöiden toimintakyvyn taso ja
- 2) saada selville, mitä mieltä organisaation fysioterapeutit ja organisaation johto ovat terveyshyötymallin viitekehyksen tarjoamista mahdollisuuksista toimintakyvyn ja terveyshyödyn näkökulmasta. Ammattinimike ”fysioterapeutti” sisältää tässä soveltavassa tutkimuksessa myös ammattinimikkeen ”kuntohoitaja”.

Soveltavan osuuden tarkoituksena oli tuottaa tietoa fysioterapian ydinprosessin kuvaamiseksi terveyshyötymallin viitekehyksen mukaisesti. Prosessin vaiheita ja tietovarantoa oli määrä tarkastella toimintakyvyn ja terveyshyödyn näkökulmista.

Soveltava tutkimus sisälsi kaksi osaa: kyselyn ja teemahaastattelut. Kummallekin osalle määritettiin soveltavan tutkimuksen tavoitteista ja teoreettisesta viitekehyksestä johdettu pääongelma, joka jakautui osaongelmiksi. Pääongelmat olivat laajoja ja kattoivat koko tutkittavan alueen, osaongelmat olivat kapea-alaisia ja tarkennettuja. Osaongelmiin saaduilla vastauksilla pyrittiin tuottamaan tieto pääongelmiin vastaamiseksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 122–124; Soininen & Merisuo-Storm 2009, 73–74; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 99.)

Metodien käytöllä tarkoitetaan tapaa, jolla tutkittavasta ilmiöstä hankitaan tietoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 53). Tässä soveltavassa tutkimuksessa yhdistyivät kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusote, ja toimintatutkimuksen piirteitä oli havaittavissa. Menetit täydensivät toisiaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 129–130; Heikkilä 2010, 16; Kananen, J. 2014, 13–14.)

6 KYSELY

6.1 Tutkimusongelmat ja -menetelmä

Tutkimusongelmat asetettiin kysymysten muotoon, koska tarkoituksena oli kuvailla tarkoin määriteltäviä asioita tai ilmiöitä, joista tiedettiin olevan tietoa olemassa (Hirsjärvi ym. 2007, 125; Metsämuuronen 2007, 45; Toikko & Rantanen 2009, 117). Terveystyömallin periaatteiden mukaisesti organisaation tulee tunnistaa toiminta-alueensa väestö. Fysioterapiapalvelujen näkökulmasta tieto väestön toimintakyvystä on olennainen tieto. (Wagner ym. 2001, 69; Dancer & Courtney 2010, 581-583; Kukka & Whellams 2010, 46-48.) Sen vuoksi päädyttiin alla oleviin tutkimusongelmiin, niiden rajauksiin ja täsmennyksiin (Hirsjärvi ym. 2007, 124).

Pääongelma:	Minkälainen on fysioterapiayksikön asiakasprofiili?
Osaongelmat:	Mistä syistä ja miten usein fysioterapiayksikössä asioidaan?
	Minkälainen toimintakyky fysioterapiayksikön asiakkailla on?

Tutkimusmenetelmänä oli kvantitatiivinen survey-tutkimus. Survey-tutkimus on sopiva menetelmä silloin, kun tutkittavia on paljon ja halutaan tietoa selvistä tosiasioista. Survey-tutkimuksen aineisto kerätään kirjeitse lähetettävää tutkimuslomaketta käyttäen. (Heikkilä 2010, 19.)

Toimintakykyyn liittyvä tieto kerättiin standardoidulla tutkimuslomakkeella, joka sisälsi valmiit vastausvaihtoehdot (Hirsjärvi ym. 2007, 129–130; Heikkilä 2010, 16).

Menetelmä on työväline, tapa ratkaista ongelmia ja saavuttaa uutta tietoa. Kaikki mikä edistää tämän tavoitteen saavuttamista on menetelmä. (Magne Holme & Krohn Solvang 1995, 12.) Tätä ajatusta vasten tilastointiraporttia voidaan pitää tutkimusmenetelmänä, koska tilastointiraportista arvioitiin saatavan tietoa tutkimusongelmiin vastaamiseksi.

6.2 Kyselyn kohderyhmä ja aineiston keruu

Kyselyn kohderyhmä muodostui fysioterapiapalvelujen asiakkaista. Tiedonantajina olivat 1.1.2014–30.4.2014 välisenä aikana fysioterapiapalveluja käyttäneet 18 vuotta täyttäneet asiakkaat. Sähköisen potilastietojärjestelmän Mediatrin pääkäyttäjä otti 8.5.2014 tilastointiraportit projektipäällikön antamien määritysten eli tiivistysehtojen mukaisesti. Tilastointitermeillä kuvattuna asiakkaan tapahtuman tuli olla käynti (KÄY) tai hoidon tarpeen arviointi (ARV), toiminnon tuli olla fysioterapia (T51), apuvälinepalvelut (T52) tai kehitysvammanneuvola (T59.1). Kohteen nimi, henkilötunnus ja käyntisyys (ICPC oire/dg) eriteltiin. (Kuntaliitto 2012.) Näin saatiin listaus 806 asiakkaasta. Tästä joukosta poimittiin 18 vuotta täyttäneet henkilöt. Näin saatiin perusjoukoksi (N) 732 henkilöä, joista otettiin 200 henkilön systemaattinen otos.

Otoskoon määrän katsottiin olevan edustava pienoiskuva perusjoukosta, jotta kyselyn tulokset olisivat luotettavia (Heikkilä 2010, 33). Yleisesti ottaen kvantitatiivisen tutkimuksen tulokset ovat sitä tarkempia mitä laajempi otoskoko on. Taloudelliset resurssit asettivat omat rajoituksensa, koska toimeksiantaja maksoi vastausten postituskulut. Otoskoon tuli olla sellainen, että vastaukset olisivat käsiteltävissä. Vastausten kato huomioitiin myös. (Dawson 2009, 54.)

Systemaattisessa eli tasavälisessä otannassa perusjoukosta poimitaan yksiköitä tasaisin välein otokseen. Edellytyksenä on, että perusjoukko on tutkittavien ominaisuuksien suhteen satunnaisessa järjestyksessä. Tiivistysehtojen mukaan otetussa tilastointiraportissa yksiköt olivat aakkosjärjestyksessä. Poimintaväli laskettiin jakamalla perusjoukon koko (732) otoskoolla (200) ja pyöristämällä näin saatu

luku (3,66) kokonaisluvuksi neljä (4). Ensimmäiseksi yksiköksi valittiin aakkosjärjestyksen neljäs nimi ja sen jälkeen edettiin järjestelmällisesti, kunnes 200 henkilön systemaattinen otos oli koossa. Systemaattisen otannan katsotaan sopivan postitse tehtäviin tutkimuksiin muun muassa siitä syystä, että tutkittavien asumisesta maantieteellisesti laajalla alueella ei aiheudu haittaa. (Heikkilä 2010, 36–37.) Terveyspalvelujen yhteistoiminta-alueen voidaan katsoa olevan maantieteellisesti laaja. Kaikkien viiden kunnan asukkaat käyttävät fysioterapiapalveluja.

Aineisto kerättiin FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä -mittarilla (liite 2). FSQ (Functional Status Questionnaire) -kysely on subjektiivisen toimintakyvyn mittari, joka on tarkoitettu päivittäisten toimintojen rajoitusten vaikeusasteen arviointiin ja muutosten seurantaan aikuisilla. Tutkittava arvioi itse omaa selviytymistään päivittäisistä toiminnoista ja liikkumisesta. (TOIMIA toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto 2014.) Kyselyssä on 15 strukturoitua monivalintakysymystä, joihin tutkittava vastaa ympyröimällä itselleen sopivimman vastausvaihtoehdon asteikolta 1-4 (Heikkilä 2010, 50–51; TOIMIA 2014). FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä -mittari on yksi toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisen asiantuntijaverkoston ylläpitämän TOIMIA-tietokannan toimintakyky-mittareista. Sen käyttöoikeudessa ja maksullisuudessa ei ole rajoituksia. (TOIMIA 2014.) Käyttöoikeus varmistettiin mittarin ylläpidosta vastaavalta taholta (J. Paltaama, henkilökohtainen tiedonanto 22.3.2014).

Kysely postitettiin tiedonantajille 30.5.2014. Vastaukset pyydettiin palauttamaan kyselyn mukana lähetetyssä palautuskuoressa 13.6.2014 mennessä. Kyselyjä palautui kahden viikon ajan alkuperäisen päättymisajankohdan jälkeen. Kaikki palautuneet vastaukset otettiin mukaan aineistoon. Kyselyyn liitettiin tutkimustiedote (liite 3) sekä kaksi saatekirjettä, joista toinen sisälsi kyselyn vastaus- ja palautusohjeet sekä maininnan siitä, että postimaksu oli maksettu (liite 4). Toisen saatekirjeen tarkoituksena oli olla tyyliältään vastaamiseen motivoiva ja rohkaiseva (liite 5). Vastausohjeissa korostettiin vastaamisen vapaaehtoisuutta ja tietojen ehdotonta luottamuksellisuutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 199; Heikkilä 2010, 61–62.)

6.3 Kyselyaineiston analyysi

Kyselylomakkeet numeroitiin juoksevilla numeroinnilla siinä järjestyksessä kuin ne palautuivat. Näin varmistettiin muuttujien arvojen tarkistamisen mahdollisuus. (Heikkilä 2010, 125.) Toimintakykyä kuvaava FSQ-indeksi laskettiin mittarin suoritus- ja pisteytysohjeiden mukaan kysymyslomakkeelle. Kunkin osion (itsestä huolehtiminen, liikkuminen ja kotielämä) vastausten pisteet laskettiin yhteen. Summasta vähennettiin hyväksytyjen kysymysten lukumäärä. Indeksien laskemisessa ei huomioitu kysymystä, jos tutkittava oli valinnut vastausvaihtoehdon ”nolla”. Erotus jaettiin hyväksytyjen kysymysten lukumäärällä ja sen jälkeen osamäärä kerrottiin kertoimella 33,3. Vastaus pyöristettiin kokonaisluvuksi ja näin saatiin toimintakykyä kuvaava FSQ-indeksi. Samalla laskukaavalla laskettiin kaikista kysymyksistä yksi yhteinen FSQ-indeksi.

Tiedot kerättiin siis paperilomakkeille, joista tiedot syötettiin tietokoneelle Excel-taulukkoon havaintomatriisin muotoon. Vaakariveille tallennettiin tilastoyksiköt ja pystysarakkeille muuttujat. Ensimmäiseksi muuttujaksi määriteltiin lomakkeen numero. Muut muuttujat olivat vastaajan sukupuoli, ikä, FSQ-indeksit osa-alueittain (itsestä huolehtiminen, liikkuminen ja kotielämä) sekä kokonais-FSQ-indeksi. (Heikkilä 2010, 123–127.)

Vastaajien sukupuolta, ikää ja FSQ-indeksiä kuvaavat muuttujat luokiteltiin ja taulukoitiin frekvenssijakaumina. Frekvenssijakauma kertoo muuttujan luokkien yleisyydestä havaintoaineistossa ja antaa tietoa tutkimusongelmaan vastaamiseksi. (Dawson 2009, 127; Heikkilä 2010, 145–150.) Mittarin tulkintaohjeiden mukaan FSQ-indeksien pisterajoista on johdettu raja-arvot, joiden mukaan toimintakyky luokiteltiin viiteen luokkaan (TOIMIA 2014). Tilastollisena tunnuslukuna laskettiin keskiarvot muuttujista. Näin aineiston tieto saatiin tiiviiseen muotoon keskiarvon kuvatessa aineiston tasapainopistettä. (Burns 2000, 44; Dawson 2009, 131.)

Ristiintaulukoinnilla kuvattiin kahden luokitellun muuttujan välistä yhteyttä. Sarakemuuttujaksi eli riippumattomaksi muuttujaksi valittiin ikä ja rivimuuttujaksi eli riippuvaksi muuttujaksi FSQ-indeksin mukaiset toimintakykyluokat. (Heikkilä 2010, 210). Näin voitiin tarkastella iän ja toimintakyvyn välistä yhteyttä.

Tilastointiraportista, joka käsitti 85 sivua, tarkasteltiin kaikkien 1.1.2014–30.4.2014 välisenä aikana käyneiden asiakkaiden käyntisyytä ICPC oireen/dg:n perusteella. Tilastointiraportista laskettiin alle 18-vuotiaiden asiakkaiden lukumäärä. Kaikkien asiakkaiden käyntimääriä tarkasteltiin erottelemalla tarkasteluajanjaksolla 1-3 kertaa käyneet ja useammin kuin kolme kertaa käyneet.

6.4 Kyselyn tulokset

FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä -mittarin palautti 115 vastaajaa. Vastausprosentiksi muodostui 57,5 %.

Kyselyyn vastasi 66 naista ja 48 miestä (taulukko 2.). Vastaajien enemmistö oli iältään 70–79 -vuotiaita (taulukko 3.). Vastaajien iän keskiarvo oli 67 vuotta. Kolmen vastaajan sukupuoli ja yhden vastaajan ikä eivät selvinneet lomakkeen taustatiedoista.

Taulukko 2. Vastaajien sukupuolijakauma.

Sukupuoli	n	%
Nainen	66	58 %
Mies	48	42 %
Yhteensä	114	100 %

Taulukko 3. Vastaajien ikäjakauma.

Ikä	n	%
-19	1	1 %
20-29	1	1 %
30-39	5	4 %
40-49	5	4 %
50-59	14	13 %
60-69	32	29 %
70-79	37	33 %
80-89	12	11 %
90-	5	4 %
Yhteensä	112	100 %

Toimintakykyä kuvaava FSQ-indeksi vaihtelee välillä 0-100 ja on sitä suurempi, mitä parempi toimintakyky tutkittavalla on. Pisterajoista on johdettu raja-arvot, joiden mukaan toimintakyky luokitellaan viiteen luokkaan. (TOIMIA 2014.) FSQ-indeksin ollessa 100 henkilö on täysin itsenäinen eikä hänellä ole subjektiivisia vaikeuksia missään tilanteessa (itsestä huolehtiminen, liikkuminen ja kotielämä). Vastaajista kolmasosan FSQ-indeksi oli 100. Mikäli FSQ-indeksi sijoittuu välille 67-99, henkilö on pääsääntöisesti itsenäinen mutta hänellä on subjektiivisia vaikeuksia yhdessä tai useammassa tilanteessa. Vastaajista kahden viidesosan FSQ-indeksi oli tässä luokassa. Henkilön tarvitessa apuvälineen tai ajoittain toisen henkilön apua yhdessä tai useammassa tilanteessa FSQ-indeksi asettuu välille 34-66. Vastaajista runsas kymmenesosa sijoittui tähän luokkaan. FSQ-indeksin pistemäärä välillä 1-33 tarkoittaa, että henkilö on pääsääntöisesti autettava ja tarvitsee toisen henkilön apua useimmissa tilanteissa. Vastaajista kymmenesosa sijoittui tähän luokkaan. Mikäli FSQ-indeksi on 0, merkitsee se sitä, että henkilö on täysin avustettava kaikissa itsestä huolehtimisen, liikkumisen ja kotielämän tilanteissa. Vastaajista 5 % sijoittui tähän luokkaan. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Vastaajien toimintakyvyn jakauma FSQ-indeksin perusteella.

FSQ-indeksi	Toimintakyky itsestä huolehtimisen, liikkumisen ja kotielämän alueilla	n	%
100	Täysin itsenäinen eikä subjektiivisia vaikeuksia missään tilanteessa	39	34 %
67 - 99	Pääsääntöisesti itsenäinen mutta subjektiivisia vaikeuksia yhdessä tai useammassa tilanteessa	45	39 %
34 - 66	Tarvitsee apuvälineen tai ajoittain toisen henkilön apua yhdessä tai useammassa tilanteessa	14	12 %
1 - 33	Pääsääntöisesti autettava ja tarvitsee toisen henkilön apua useimmissa tilanteissa	11	10 %
0	Täysin avustettava kaikissa tilanteissa	6	5 %
Yhteensä		115	100 %

FSQ-indeksit laskettiin jokaisen vastaajan kohdalla kaikille osa-alueille. Itsestä huolehtimisen osa-alueella FSQ-indeksien keskiarvoksi saatiin 82, liikkumisen alueella 73 ja kotielämän alueella 69. Kokonaisuutta kuvaavien FSQ-indeksien keskiarvo oli 75 (taulukko 5.). Sanallisesti kuvattuna kaikki keskiarvot sijoittuvat luokkaan ”pääsääntöisesti itsenäinen mutta subjektiivisia vaikeuksia yhdessä tai useammassa tilanteessa”.

Taulukko 5. FSQ-indeksien keskiarvot.

	FSQ-indeksien keskiarvot		
Itsestä			
huolehtiminen	82		
Liikkuminen	73		
Kotielämä	69		
Kokonais-FSQ	75		

Vastaajan iän ja FSQ-indeksin välistä yhteyttä kuvataan ristiintaulukoinnilla taulukossa 5.

Taulukko 6. Iän ja FSQ-indeksin välinen yhteys.

	FSQ-indeksi					
	100	67 - 99	34 - 66	1 - 33	0	Yhteensä
Ikäluokka	n	n	n	n	n	
-19	1					1
20 - 29			1			1
30 - 39	3	1		1		5
40 - 49	2	2	1			5
50 - 59	12	2				14
60 - 69	10	15	3	4		32
70 - 79	9	18	3	3	4	37
80 - 89	2	7	1	2		12
90 -		2	2	1		5
Yhteensä	39	47	11	11	4	112

Vastaajista vajaa kolme neljäsosaa sijoittui ikäryhmiin 60-69 -vuotiaat, 70-79 -vuotiaat ja 80-89 -vuotiaat. Näihin ikäryhmiin kuuluvilla vastaajilla FSQ-indeksi jakautuu vähintään neljään eri luokkaan.

Johtopäätökset, arviointi ja pohdinta kyselyn tuloksista kuvataan luvussa 8.

6.5 Kyselyn luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Tutkimusta tulee arvioida luotettavuuden ja pätevyyden suhteen (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Tutkimuksen luotettavuutta lisää, jos otos on edustava ja riittävän suuri ja jos vastausprosentti muodostuu korkeaksi. Kysymysten tulee mitata oikeita asioita siten, että ne kattavat koko tutkimusongelman (Heikkilä 2010, 188). Kehittämishankkeen ohjausryhmän kokouksessa huhtikuussa 2014 otoskoko päätettiin suurentaa projektipäällikön suunnittelemaa 150 henkilön otoksesta 200:een. Otokseen suurentamisella tavoiteltiin mahdollisimman runsasta vastausmäärää, jotta tuloksia voitaisiin hyödyntää kehittämissuunnitelmassa.

Systemaattisen otoksen ensimmäistä yksikköä ei arvottu (Heikkilä 2010, 37). Ensimmäiseksi yksiköksi valittiin aakkosjärjestyksen neljäs nimi, josta edettiin systemaattisesti, kunnes 200 henkilön otos oli koossa. Jos ensimmäinen yksikkö olisi arvottu, otos olisi muodostunut eri henkilöistä, mutta tuloksen olennaisiin eroihin projektipäällikkö ei usko.

Otokseen perustuvasta tutkimuksesta saadaan arvio, joka ei ole koskaan täysin täsmällinen tulos. Ihanteellisin vastausprosentti on 100, mutta se saavutetaan vain harvoin. Palautumattomat vastaukset aiheuttavat katoa, ja vastauksia joudutaan joskus hylkäämään puutteellisten tai virheellisten tietojen vuoksi. Yksikkökadolla tarkoitetaan tilastoyksikön puuttumista kokonaan, ja eräkadolla tarkoitetaan joidenkin muuttujien yksittäisten arvojen puuttumista. (Heikkilä 2010, 42–44.)

Tässä kyselyssä saavutettuun vastausprosenttiin 57, 5 % voidaan olla tyytyväisiä. Yhtään kokonaista kyselylomaketta ei jouduttu hylkäämään. Eräkatoa oli neljässä muuttujan arvossa: yksi vastaaja ei ilmoittanut henkilötunnustaan, josta ikä

olisi ollut laskettavissa ja kolme vastaajaa ei ilmoittanut nimeään tai henkilötunnuksensa loppuosaa, joista sukupuoli olisi käynyt ilmi.

Myös mittarilta vaaditaan luotettavuutta ja pätevyyttä. Reliaabelin mittarin mitaustulokset ovat toistettavissa, ja mittarilla on kyky antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Kun mittari tai tutkimusmenetelmä on validi, sillä on kyky mitata sitä mitä on tarkoituskin mitata. On toki mahdollista, että vastaaja käsittää kysymykset toisin kuin tutkija on ajatellut. (Hirsjärvi 2007, 226–227.) Mittari valittiin TOIMIA-verkoston ylläpitämästä TOIMIA-tietokannasta, joka on suunnattu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille niin käytännön työhön kuin koulutukseen, tutkimukseen ja kehittämiseen. Tietokanta laajenee ja päivittyy jatkuvasti, ja siinä julkaistaan asiantuntijaryhmien laatimia suosituksia pätevien toimintakykymittarien soveltuvuudesta eri käyttötilanteissa. (TOIMIA 2014.) FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä –mittari on TOIMIA-asiantuntijaverkostossa arvioitu reliaabeliksi ja validiksi. Tältä pohjalta projektipäällikkö uskalsi luottaa mittarin reliabiliteettiin ja validiteettiin. TOIMIA-tietokannassa voidaan olettaa olevan parasta tietoa, mitä toimintakyvyn mittaamisesta on kansallisesti saatavilla.

Kyselylomakkeessa ja saatekirjeessä oli vastausohjeet, joissa pyydettiin ympyröimään parhaiten vastaajan tilannetta kuvaava vaihtoehto. Pisteiden laskennassa tuli vastaan lomake, jossa oli ympyröity kaksi vaihtoehtoa. Vastaaja oli rasti tittanut kohdan ”apu” tai ”apuväline” ja selventänyt sanallisesti toimintaansa kyseisellä osa-alueella. Projektipäällikkö tulkitsi vastaajan sanallisen selvityksen perusteella, että huonompi pistemäärä kuvasi vastaajan toimintakykyä paremmin. Mittarin pisteytys- ja tulkintaohjeet eivät antaneet vastausta tilanteeseen. Projektipäällikkö päätti loogisuuden vuoksi laskea pisteet huonomman numeron mukaan, mikäli jossakin muussa lomakkeessa tulisi vastaan samanlainen tilanne. Projektipäällikkö konsultoi sähköpostitse mittarin ylläpitäjää, joka vastauksellaan tuki projektipäällikön ratkaisua (J. Paltamaa, henkilökohtainen tiedonanto 30.8.2014). Vastaan tuli vielä kaksi muuta lomaketta, joissa tilanne toistui. Saman logiikan mukaisesti pisteiden laskussa huomioitiin huonompi vaihtoehto.

Kyselylomakkeessa kysyttiin vastaajan nimeä ja henkilötunnusta. Yksi kyselyn saanut henkilö tiedusteli projektipäälliköltä sähköpostitse syytä henkilötunnuksen kysymiseen. Projektipäällikkö kertoi mittarin lähteen ja sen, että mittari on tarkoitettu myös ammattihenkilöiden käytännön työhön, jossa arvioidaan yksittäisten asiakkaiden toimintakykyä. Tällaisessa tapauksessa lomake arkistoidaan potilastietoihin. Projektipäällikkö korosti kyselyn saaneen henkilön vapaaehtoisuutta ja omaa päätösvaltaa tietojen antamisessa mutta ehdotti, että vastaaja ilmoittaisi sukupuolensa ja ikänsä täysissä vuosissa kyselyn taustatietojen selville saamiseksi. Muita etukäteistiedusteluja kyselyn suhteen ei tullut.

TOIMIA-tietokannassa on mittarikohtainen mahdollisuus antaa palautetta. Projektipäällikkö tulee antamaan palautteena ehdotuksen, jossa toivoo mittarista laadittavan väestötason version. Silloin taustatiedoiksi riittäisi iän kysyminen täysissä vuosissa vastaushetkellä ja sukupuolen ilmoittaminen. Näin anonymiteetti tulisi konkreettisemmin vastaajan tietoon.

”Fysioterapeutti sitoutuu tutkijana noudattamaan tutkimuseettisiä periaatteita ja hyvää tieteellistä käytäntöä” (Suomen Fysioterapeutit 2014a). Eettisesti hyvän tutkimuksen edellytyksenä on, että noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Ihmisarvon ja ihmisten itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on lähtökohta, joka näkyi tässä kyselytutkimuksessa osallistumisen vapaaehtoisuutena, luottamuksellisuudesta saatekirjeessä tiedottamalla ja tutkittavien yksityisyyden suojan varmistamisena. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–25; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.)

Tutkittavien yksityisyyden suoja pyrittiin varmistamaan monin tavoin. Kyselylomakkeet palautuivat projektipäällikön työpisteeseen eikä kukaan ulkopuolinen avannut kirjeitä. Lomakkeesta kävi ilmi vastaajan nimi ja henkilötunnus, mutta tiedot jäivät vain projektipäällikön tietoon. Sähköiseen potilastietojärjestelmään ei tehty merkintöjä kyselyn lähettämisestä tai siihen vastaamisesta. Aineisto säilytetään projektipäällikön kotityöhuoneessa arkistoituna huolellisesti, ja aineisto hävitetään kehittämisprojektin päättyttyä projektipäällikön työpaikan salassa pidettävien papereiden hävittämiskäytännön mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.)

Tulokset raportoidaan huolellisesti ja kriittisyyttä noudattaen. Tekstilainauksen viittauksissa ja lähdeluettelon merkinnöissä pyritään asianmukaisuuteen, loogisuuteen ja tarkkuuteen. Aineiston hankinnassa varmistettiin projektipäällikön juridinen tausta pyytämällä tutkimuslupapyyntönsä lupaa sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöön määrätyllä ajanjaksolla otokseen valittujen henkilöiden osoitetietojen selville saamiseksi (liite 1). (Hirsjärvi ym. 2007, 25–27.)

7 TEEMAHAASTATTELU

7.1 Tutkimusongelmat

Tutkimusongelmat perustuvat tutkimuksen tavoitteisiin ja tarkoitukseen. Tutkimusongelmat voidaan esittää kysymysten muodossa, jolloin kysymysten sanamuodon tulee olla linjassa tutkimuksen tavoitteiden ja tarkoituksen kanssa. (Hirsjärvi ym. 2007, 125; Metsämuuronen 2007, 45; Toikko & Rantanen 2009, 117; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 99; Tuomi & Sarajärvi 2013, 157.)

Soveltavan tutkimuksen tavoitteita oli kaksi (luku 5). Toisena tavoitteena oli saada selville, mitä mieltä organisaation fysioterapeutit ja organisaation johto ovat terveyshyötymallin viitekehyksen tarjoamista mahdollisuuksista toimintakyvyn ja terveyshyödyn näkökulmasta. Soveltavan osuuden tarkoituksena oli tuottaa tietoa fysioterapian ydinprosessin kuvaamiseksi terveyshyötymallin viitekehyksen mukaisesti. Prosessin vaiheita oli määrä tarkastella toimintakyvyn ja terveyshyödyn näkökulmasta.

Edellä mainituin perustein päädyttiin alla oleviin tutkimusongelmiin, niiden rajauksiin ja täsmennyksiin (Hirsjärvi ym. 2007, 124).

Pääongelma:

Minkälaisiksi fysioterapeutit ja organisaation johto arvioivat terveyshyötymallin viitekehyksen tarjoamat mahdollisuudet fysioterapiapalvelujen kysynnän ja tarjonnan tasapainottamisessa?

Osaongelmat:

Millä tavoin fysioterapeuttien ja organisaation johdon mielestä terveyshyötymallia voidaan käyttää tai hyödyntää a. asiakkaan terveyden ja toimintakyvyn edistämiseksi? b. fysioterapeuttisen ohjauksen ja neuvonnan vaikuttavuudessa? c. asiakkaan motivoinnissa ottamaan vastuuta terveydestään ja toimintakyvystään?

7.2 Tutkimusmenetelmä

Kehittämiprojektissa oli kyse koko fysioterapiapalvelujen työyhteisöä osallistavasta kehittämistyöstä. Teoreettinen viitekehys, johon projektipäällikön johdolla yhteisesti perehdyttiin, oli kaikille uusi. Tarvittiin tietoa ammattihenkilöiden näkemyksistä terveyshyötymallin soveltuvuudesta fysioterapiapalvelujen toiminnan kehittämisessä. Projektipäällikön oletuksena oli, että fysioterapeuteilla on mielipiteitä ja näkemyksiä, mutta arkityön kiireisyys ja vaativuus eivät useinkaan mahdollista syvällistä pohdintaa ja näkemysten esille tuomista. Kyseessä oli kohdeorganisaation työkäytäntöjen kehittäminen yhdessä ja uuden työtavan soveltuvuuden arviointi systemaattisen oppimisprosessin kautta (Soininen & Merisuo-Storm 2009, 100; Heikkilä 2010, 15; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 59).

Mitä vähemmän ilmiöstä tiedetään, ja jos ilmiöstä halutaan saada syvälinen näkemys, sitä todennäköisemmin laadullinen tutkimus tulee kysymykseen (Kananen 2014, 23). Kehittämiprojektin soveltavan osuuden toisessa vaiheessa oli piirteitä kvalitatiiviseen tutkimukseen luettavasta toimintatutkimuksesta (Toikko & Rantanen 2009, 29–30). Toimintatutkimuksessa oleellista on yhteistyö niiden toimijoiden välillä, joita kehittämistarve koskee. Tutkimuksen tekijä on aktiivisessa roolissa. (Kylmä & Juvakka 2012, 11–31).

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa, jota kehittämiprojekti kokonaisuudessaan edustaa, pyritään ymmärtämään toimijoiden tapaa hahmottaa työtä, sen tavoitteita ja sitä ohjaavia periaatteita. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan tuloksena syntyy uuden tiedon mukaista toimintaa. Tieto syntyy käyttöyhteyksissä ja se on luonteeltaan käytännöllistä. Kriittinen suhtautuminen voi auttaa tekemään kehittämistoiminnan näkökulmat näkyviksi. (Toikko & Rantanen 2009, 54.)

Kysymyksessä oli siis aihe, josta tiedettiin fysioterapeuttien näkökulmasta vain vähän. Haluttiin mielipiteitä, perusteluja sekä tutkittavien näkökulman ymmärtämistä. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 35; Kylmä & Juvakka 2012, 23.) Kun halutaan tietää, mitä ihminen ajattelee, on asiaa kysyttävä häneltä (Tuomi & Sarajärvi

2013, 72). Tutkimusmenetelmäksi valittiin määrättyihin aiheisiin keskittyvä teemahaastattelu, jota täydennettiin ryhmähaastattelulla (Hirsjärvi ym. 2007, 205; Heikkilä 2010, 17). Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu tarkoittaen sitä, että samat, määrättyihin aiheisiin liittyvät kysymykset kysytään joka haastattelussa. Haastattelun on kuitenkin säilyttävä joustavana, jotta mahdollinen muu tärkeä tieto voi tulla esiin. (Dawson 2011, 28.)

7.3 Teemahaastattelun kohderyhmä ja aineiston keruu

Haastateltavien määrä riippuu tutkimuksen tavoitteista ja tarkoituksesta. Tutkimussuunnitelmassa määritellään, mitä tutkitaan, ketkä ovat tiedonantajia ja miksi tietoja kerätään. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 58.) Tämän kehittämisprojektin soveltavan osan teemahaastattelujen kohderyhmänä olivat toimintayksikön fysioterapeutit (n=6). Kohdeorganisaation johtavat viranhaltijat muodostivat ryhmähaastattelun kohderyhmän (n=2). Ryhmähaastattelu oli yksilöhaastattelua sopivampi vaihtoehto, koska haluttiin saada selville johdon yhteinen näkemys haastattelun aiheista (Hirsjärvi & Hurme 2011, 61). Soveltavan tutkimuksen suunnitelman mukaan johdon ryhmähaastattelussa piti olla kolme haastateltavaa, mutta yksi heistä estyi osallistumasta.

Soveltavasta tutkimuksesta tiedotettiin tutkimustiedotteella (liite 6) pian sen jälkeen, kun ohjausryhmä oli hyväksynyt soveltavan tutkimuksen suunnitelman huhtikuussa 2014. Projektipäällikkö sopi jokaisen haastateltavan kanssa haastatteluajan ja -paikan. Yhteen haastatteluun varattiin aikaa kaksi tuntia.

Kaikki teemahaastattelut toteutuivat touko-elokuun aikana 2014. Kaikille haastateltaville annettiin joko yksilö- tai ryhmähaastattelun saatekirje (liite 7), jossa tutkittavalta pyydettiin tietoista suostumusta haastatteluun. Kaikki haastateltaviksi valitut allekirjoittivat tietoisien suostumusten.

Aineisto kerättiin kuudella teemahaastattelulla ja yhdellä ryhmähaastattelulla. Haastattelun teemat noudattivat kehittämisprojektin teoreettisen viitekehyksen sisältöä ja sitä, mitä asiasta jo tiedettiin. Teemat olivat samat kuin terveyshyötymallin keskeiset elementit. Teemojen alle laaditut haastattelukysymykset ja niitä täydentävät apukysymykset ovat nähtävissä liitteessä 8. Haastateltavat saivat teemahaastattelun rungon tiedokseen huhtikuussa 2014 projektisuunnitelmassa, jossa soveltavan tutkimuksen suunnitelma oli liitteenä. Haastattelussa tärkeintä oli saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta. Projektipäällikkö piti tärkeänä haastattelun onnistumisen kannalta, että haastateltavilla oli mahdollisuus tutustua teemoihin ja kysymyksiin hyvissä ajoin etukäteen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 73.) Teemat, kysymykset ja täydentävät apukysymykset olivat nähtävillä haastattelun aikana, ja osa haastateltavista oli valmistautunut haastatteluun tekemällä muistiinpanoja näkemyksistään.

Haastattelut tapahtuivat tutkittavien työaikana ja arkipäivinä. Varhaisin haastattelu alkoi klo 8.00 ja myöhäisin klo 15.00. Kahden tunnin ajanvaraus riitti hyvin jokaiseen haastatteluun. Haastattelupaikat olivat rauhallisia ja haastateltaville turvallisia. Kolme haastattelua tapahtui fysioterapeuttien toimistoissa, kaksi haastattelua terveysasemien kokoushuoneissa, yksi haastateltavan kotona ja ryhmähaastattelu johdon toimistossa. Kaikissa haastatteluissa haastattelija sai hyvän kontaktin haastateltaviin ja kommunikointi oli häiriötöntä. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 73–74.)

Haastattelut nauhoitettiin kannettavalle tietokoneelle ulkoista mikrofonia käyttäen. Jokainen haastattelu tallennettiin omaksi äänitiedostokseen. Varmuuskopioinnit tiedostoista tallennettiin ulkoiselle kovalevyille ja muistitikulle. Laitteiston tekninen toimivuus testattiin neljään kertaan ennen ensimmäistä haastattelua ja tallennusvälineiden muistin riittävyys varmistettiin. (Dawson 2011, 66–69; Hirsjärvi & Hurme 2011, 75.)

Tallennettujen haastattelujen kokonaiskesto oli 7 h 23 min 8 sek. Yksittäisten haastattelujen kesto vaihteli: lyhyin kesti 36 min 18 sek ja pisin 1 h 25 min 1 sek. Vaikuttaa siltä, että haastattelijan pysyessä samana ajankäytön vaihtelu johtuu

ensisijaisesti haastateltavasta ja toissijaisesti haastattelijasta. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 74.)

7.4 Teemahaastatteluaineiston analyysi

Haastattelutilanteiden puitteet olivat tarkoitukseen sopivat. Mikrofonin määräsi istumajärjestyksen siten, että haastateltavan ja haastattelijan piti istua alle parin metrin päässä mikrofonista, jotta ääni tallentui riittävällä voimakkuudella. Siitä huolimatta osassa nauhoituksista haastateltavan ääni kuului hiljaisena, mikä vaati tallenteiden kuuntelussa ja litteroinnissa erityistä tarkkuutta. Ulkopuoliset äänet tai tekijät eivät häirinneet haastattelutilanteita. Kahdessa haastattelussa tallennus pysäytettiin muutamaksi minuutiksi haastateltavan puhelimeen vastauksen vuoksi. Haastattelu ja tallennus jatkuivat puhelujen jälkeen siitä mihin oli jääty. Mikrofonin ja nauhoitus vaikuttivat osalle haastateltavista aiheuttavan jännitystä, mutta varsin pian keskustelu lähti sujumaan luontevasti ja vapautuneesti. Haastattelija ei kirjoittanut muistiinpanoja yhtä merkintää lukuun ottamatta, vaan keskittyi keskustelunomaisen, vapautuneen ja luottamuksellisen vuorovaikutuksen aikaansaamiseen. Haastattelija oli haastattelutilanteessa sekä osallistuvassa että tutkivassa roolissa. Hän hankki informaatiota ja samalla pyrki helpottamaan kommunikaatiota osoittamalla olevansa kiinnostunut haastateltavan näkemyksistä ja niiden arvokkuudesta. Haastattelut etenivät haastattelurungon mukaisesti teemojen järjestyksen vaihdellessa haastateltavien tuottamien näkemysten mukaisesti. Kaikissa haastatteluissa saatiin vastauksia kaikkien teemojen alla oleviin kysymyksiin. (Dawson 2011, 70–73; Hirsjärvi & Hurme 2011, 89–103.)

Jotta kaikki haastateltavien vastaukset saatiin tarkasteltavaksi kokonaisuutena (Hirsjärvi & Hurme 2011, 135), aineisto analysoitiin ymmärtämään pyrkivällä lähestymistavalla teemoittelemalla ja tyypittelemällä aineisto haastattelun teemojen mukaisesti (Hirsjärvi ym. 2007, 219). Aineiston analyysi alkoi jo haastattelutilanteissa. Haastattelijalla oli valmiina teoreettisen viitekehyksen johtoideat, terveyshyötymallin keskeiset elementit, joita aineiston avulla pyrittiin todentamaan. Haastattelija teki haastattellessaan havaintoja haastateltavien monisanaisesti ja

käytännön esimerkein esiin tuomista asioista ja tiivistä asiat lyhyempään sanalliseen muotoon jo haastattelun aikana. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 136–137.)

Kun haastattelut oli tallennettu tietokoneelle, ne purettiin litteroimalla aineisto sana sanalta koko haastatteludialogista. Litterointia ei tehty keskusteluanalyysin mukaisesti eli puheen taukoja, huokauksia, äänenpainoja tai naurahduksia ei purettu. Analysoitavaa tekstiä kertyi 111 sivua. Litteroinnin jälkeen aineisto luettiin kokonaisuutena useaan kertaan. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 138–143.) Litteroinnissa puheenvuorot identifioitiin haastateltavan ja haastattelijan etunimen alkukirjaimen mukaan. Jokainen puheenvuoro aloitti uuden rivin, vaikka kyseessä olisi ollut vain yhden sanan käsittävä repliikki. Sen vuoksi sivumäärä vaikuttaa paljolta, mutta teksti asemoitui sivuille väljästi.

Aineiston analyysimenetelmänä sovellettiin sisällönanalyysia, jota voidaan käyttää kaikessa laadullisessa tutkimuksessa joko yksittäisenä metodina tai väljänä teoreettisena kehyksenä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 91).

”Päätä, mikä tässä aineistossa kiinnostaa ja tee vahva päätös”. Tästä ohjeesta projektipäällikkö piti tiukasti kiinni. Piti palauttaa mieleen tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusongelmat, jotta tiesi, mikä tässä aineistossa kiinnostaa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 92.)

Aineiston järjestämiseksi aineisto teemoiteltiin eli pilkottiin ja ryhmiteltiin teema-haastattelun teemojen jäsennyksen mukaisesti. Aineistosta etsittiin kutakin teemaa kuvaavia näkemyksiä, jotka merkittiin värikoodeilla. Aineiston yleistämiseksi etsittiin teemojen alle saaduille näkemyksille yhteisiä ominaisuuksia. Aineisto tyy-piteltiin eli tiivistettiin jokaista teemaa koskevat näkemykset yleistykseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 92–93.) Näin saatiin vastaukset tutkimusongelmiin.

Aineiston analyysissa oli teorialähtöisen analyysin piirteitä. Analyysi tukeutui terveyshyötymallin viitekehyksen mukaiseen ajattelumalliin. Mallia kuvaillaan kehittämisprojektin raportin luvussa 2. Tutkittava ilmiö määriteltiin sen mukaisesti, mitä aiheesta jo tiedettiin. Aineiston analyysia siis ohjasi valmis, aikaisemman tiedon

perusteella luotu kehys. Päädyttiin siihen mikä oli taustalla, soveltavan tutkimuksen pääongelmaan, eli aikaisemman tiedon testaamiseen uudessa kontekstissa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95–97.)

Teorialähtöistä sisällönanalyysia soveltaen aineiston luokittelun runko muodostui strukturoidusti terveyshyötymallin kuudesta keskeisestä elementistä. Näistä tuli sisällönanalyysin yläluokat. Aineistosta etsittiin ne asiat, jotka kuuluivat analyysirunkoon eli johonkin kuudesta yläluokasta. Etsinnässä edettiin deduktiivisesti eli yleisestä yksittäiseen. Eri yläluokkia kuvaavat haastateltavien alkuperäislausumat dokumentoitiin oikeaan kohtaan, lausuma pelkistettiin ja pelkistetyt lausumat muodostivat sisällönanalyysin alaluokat. Esimerkki sovelluksesta on nähtävissä liitteessä 9. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 113-116).

7.5 Teemahaastattelun tulokset

Ensimmäinen teema käsitteli terveyshyötymallin yhteisöllisyyden elementtiä. Haastateltavilta kysyttiin näkemystä toiminta-alueen väestön palvelutarpeista. Tunnistettiin, että alueen väestö ikääntyy keskimääräistä nopeammin, mikä näkyy fysioterapiapalvelujen kysynnässä. Toisaalta koko elämänkaaren nähtiin tulevan näkyviin palvelutarpeessa: fysioterapiapalveluja tarvitsevat niin lapset, kouluikäiset, työikäiset kuin eri-ikäiset vanhuksetkin.

H3: ”Palvelutarve on aika moninainen...koko elämänkaari...täällä kyllä tulee näkyviin.”

Palvelutarve näyttäytyy runsaana ikääntyneillä ihmisillä sekä lonkan tai polven tekonivelleikkauksessa olleilla potilailla. Osa haastateltavista toi esille toiminta-alueen sisäiset erot: alueen suurimmassa kunnassa Uudessakaupungissa pitkäaikaissairaiden terapia- ja apuvälinetarpeet tulevat esiin moninkertaisina verrattuna toiminta-alueen pienempiin kuntiin. Erityisen haasteelliseksi palvelutarve koettiin tuki- ja liikuntaelinoireisten koululaisten sekä pitkäaikaistyöttömien kohdalla.

Näkemyks eniten fysioterapiapalveluista hyötyvistä asiakkaista tuli samansuuntaisena esiin kaikissa haastatteluissa. Haastateltavien näkemyksen mukaan eniten

palveluista hyötyvät ne asiakkaat, jotka ovat motivoituneita olemaan aktiivisia toimijoita oman terveytensä ja toimintakykynsä suhteen.

H5: ”Ihmiset, jotka ovat motivoituneita siihen fysioterapiaan...siihen tarvitsee sitoutua.”

Haastateltavat toivat esille, että toimintayksikön palveluissa korostuu fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta, ja varsinaisen työn tekee asiakas itse omassa toimintaympäristössään. Sairauden diagnoosi voi olla mikä tahansa tai asiakkaan toimintakyvyn taso voi olla matala, mutta jos hän on motivoitunut ja aktiivinen toimija, hän hyötyy fysioterapiapalveluista haastateltavien näkemyksen mukaan.

Eniten fysioterapiapalveluista hyötyvän tunnistamisessa tuli esiin kolme erilaista näkemystä. Näitä olivat asiakkaan oma arvio hyödystä, terveystalvelujen muiden ammattilaisten arvio hyödystä sekä asiakkaan ja ammattilaisen alkuhaastattelussa esiin tulevat asiat, joiden perusteella arvioitiin motivaatiota.

Yhteistyön mahdollisuuksia muiden toimijoiden kanssa haastateltavat kokivat olevan, mutta mahdollisuuksia ei hyödynnetä.

H4: ”Yhteistyömahdollisuuksia olisi paljon...aika paljon tehdään vaan sitä omaa työtä.”

Useat haastateltavista toivat esille organisaation sisäisen moniammatillisen yhteistyön puutteen, josta erityisesti fysioterapeuttien ja lääkärin välisen yhteistyön vähäisyys koettiin kehittämistä vaativana asiana. Fysioterapeuttien ja diabeteshoitajien välisellä yhteistyöllä nähtiin olevan mahdollisuuksia. Potilasjärjestöjen kanssa nähtiin olevan yhteistyön mahdollisuuksia yhdistysten toiminnasta tiedottamisen suhteen.

Toisessa teemassa kysyttiin haastateltavien näkemyksiä terveystalveluista. Voimavarojen tehokkaan kohdentamisen fysioterapiapalveluissa nähtiin vahvasti liittyvän asiakkaan motivaatioon. Asiakkaan motivaation puute ja peruuttamattomat ajanvaraukset arvioitiin voimavarojen tuhlaukseksi. Osittain voimavarojen tuhlauksena nähtiin perusapuvälineiden lainaustoiminta, jossa ei koettu tarvittavan

fysioterapeutin osaamista. Voimavarojen tehokkaana kohdentamisena haastateltavat poikkeuksetta näkivät ryhmävastaanotot, fysioterapeutin suoravastaanoton sekä lähetteettömän fysioterapian.

H2: ”Ihmiset saisivat...palvelua heti, ketkä sitä oikeasti kokevat tarvitse-
vansa...lähetteetön...sitä tarkoitan...ihmiset, jotka ottavat itse yhteyttä ja
haluavat tulla, niin luulisi että ne ovat motivoituneita ja tulevat varmasti pai-
kalle.”

Nämä arvioitiin puuttuviksi palveluiksi, jotka olisivat tehokkaita ja terveyshyötyä tuottavia. Yhteistoiminta-alueen ”pikkukuntien” alueelta puuttuvaksi palveluksi arvioitiin vanhuspalvelujen ryhmämuotoinen kuntoutus.

Kolmas teema käsitteli palvelutuotannon kehittämistä. Haastateltavilta kysyttiin näkemystä fysioterapiapalvelujen kehittämisestä tehokkaan sairaudenhoidon tukemisen näkökulmasta. Näkemyksissä tuli esiin kolme alaluokkaa: kotiin vietävät fysioterapiapalvelut, ryhmävastaanotot ja asiakasvastaavatoiminta (case manager). Kotiin vietävissä fysioterapiapalveluissa katsottiin korostuvan fysioterapian saumattoman jatkumisen vuodeosastohoidon jälkeen sekä asiakkaan oman aktiivisuuden tukemisen hänen omassa toimintaympäristössään asiakkaan tarpeista lähtien ja hänen toimintakykyään seuraten.

H1: ”Voisi jatkua kotona...hyvin tehty kotikäynti, selkeä hyöty, kotiutuminen onnistuu.”

Säännöllisten ryhmävastaanottojen katsottiin antavan pitkäaikaissairaille vertais-
tukea ja lisäävät asiakkaan motivaatiota ottamaan aktiivista roolia oman hoitonsa
suhteen. Näkemyksissä tuli esille, että fysioterapeutti voi olla eniten fysioterapia-
palveluja käyttävän pitkäaikaissairaana tai monisairaana asiakkaan asiakasvas-
taava.

Haastateltavien näkemyksessä pitkäaikaissairauksista, joissa fysioterapiapalve-
luilla saavutetaan terveyshyötyä, tuli ensisijaisesti esiin fyysisen toimintakyvyn
aleneminen ja toissijaisesti sairauden nimi. Toimintakyky tunnistettiin kokonais-
valtaiseksi, jossa on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuu-
det.

H7: "Toimintakyvyn kannalta, fyysisen toimintakyvyn, mutta...tietoa myös siitä psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä ja tämmöisestä."

Pitkäaikaissairauksina, joissa fysioterapiapalveluilla arvioitiin saatavan terveys-hyötyä, nähtiin Parkinsonin tauti, aivohalvaus, MS-tauti, iäkkäiden potilaiden mur-tumien ja tekonivelleikkausten jälkitilat sekä diabetes.

Haastateltavat toivat esille keinoja, joita he käyttävät pitkäaikaissaira-an asiak-kaan motivoinnissa ottamaan aktiivista roolia oman hoitonsa suhteen. Keinoja ovat informaation antaminen sairauden aiheuttamista muutoksista toimintaky-kyyn, asiakkaan omien tavoitteiden selville saaminen, fyysisten harjoitusten oh-jaus ja opetus verbaalisesti, manuaalisesti ja kirjallisesti. Vuodeosastoilla asia-kasta tuetaan ja kannustetaan tavoitteiden saavuttamisessa moniammatillisesti.

H5: "Moniammatillisesti tuetaan sitä onnistumista ja sitä mikä on saavu-tettu."

Palveluohjaus viriketoiminnan ja tukipalvelujen piiriin nähtiin myös keinona asi-akkaan aktiivisuuden tukemiseksi.

Neljännän teeman kysymykset koskivat omahoidon tukea. Keinoina, joilla haas-tateltavat auttavat asiakasta kehittämään parempia valmiuksia hoitaa itse itse-ään, nähtiin kiinnostuksen osoittaminen, asiakkaan kuuntelu, asiakkaan lähtö-kohtien selvittäminen sekä asioiden konkretisoiminen lähelle hänen arkeaan.

H5: "Ajatella asioita sen potilaan kannalta...mihin pyritään...kuunnella sitä potilasta...potilaan motivaatio kyllä siitäkin paranee, kun mennään sinne samalle tasolle."

Keinoja, joita haastateltavat käyttävät auttaessaan asiakasta ottamaan kasvavaa vastuuta omasta terveydestään ja sairaudestaan, ovat asiakkaan ohjaaminen tie-dolla, asiakkaan osallistaminen tavoitteisiin sekä toimintakyvyn muutosten seu-raaminen. Motivoivan haastattelun periaatteet ja perusmenetelmät olivat suurim-malle osalle haastateltavista vieraista.

Viidennessä teemassa kysyttiin haastateltavien näkemyksiä päätöksenteon tuesta. Kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että fysioterapiapalvelujen toiminta on näyttöön perustuvaa.

H3: ”Kyllä me paljon käytämme nimenomaan juuri tätä tutkimukseen perustuvaa.”

Osa haastateltavista koki näyttöön perustuvan tiedon helpottaneen työtä. Useimmat haastateltavista tunnistivat Suomessa tehdyt fysioterapiasuositukset mutta niitä ei pääsääntöisesti hyödynnetty toiminnassa. Kaikki haastateltavat tunnistivat Käypähoito-suositukset ja suurin osa käytti niitä hyödykseen.

Kuudes teema käsitteli sähköisiä tietojärjestelmiä. Näkemykset sähköisten tietojärjestelmien hyödyntämisestä fysioterapiapalveluissa liittyivät ajanvaraus- ja muistutusjärjestelmien kehittämiseen, työvälineiden modernisoimiseen, rakenteisen ja mallikirjaamisen hyödyntämiseen, organisaation sisäiseen konsulttiomahdollisuuteen sekä tietojärjestelmien keskinäiseen yhteyteen. Sähköisen asioinnin tunnistettiin toteutuvan jo yksikön yhteisen sähköpostin kautta. Sähköisen asioinnin mahdollisuuksina nähtiin kontrollikäytien toteutuminen sähköisesti kuvayhteyden välityksellä, omahoidon tuen asiakkaiden interaktiivinen terveystarkastus, johon fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta liittyisivät sekä chatti-tyyppinen keskustelumahdollisuus, jossa asiakas voisi esittää terveyshuoliinsa liittyviä kysymyksiä.

H6: ”Kaikki ohjaus ja neuvonta ei tarvitse tulla kasvokkain...omahoitoa voitaisiin tukea sähköisen palvelun avulla.”

Johtopäätökset, arviointi ja pohdinta teemahaastattelun tuloksista kuvataan luvussa 8.

7.6 Teemahaastattelun luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Kaiken tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä tulee arvioida. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida kuvauksen, selitysten ja tulkintojen yh-

teensopivuudella. Tutkimuksen kaikki vaiheet kuvataan tarkasti olosuhteista alkaen. Aineiston luokittelun perusteet kuvataan juuriaan myöten. Tulosten tulkinat perustellaan tarkasti ja tekstiä elävöitetään harkiten aineistosta valikoiduilla alkuperäisillä ilmauksilla. (Hirsjärvi ym. 2007, 227-228.) Tässä raportissa on pyritty noudattamaan edellä kuvattuja luotettavuustekijöitä. Haastateltavien alkupe-
räiset ilmaukset on raportissa kirjoitettu kirjakielellä tutkittavien anonymiteetin turvaamiseksi. Litteroinnissa ilmaisut dokumentoitiin murreilmaisuina.

Soveltavan tutkimuksen toisen vaiheen kokonaisuuden luotettavuutta arvioitaessa voidaan todeta, että tutkittava ilmiö, tutkimuksen tavoitteet ja tarkoitus, aineiston keruun menetelmä ja sen perustelut, aineiston keruuseen liittyvät olosuhteet ja piirteet, tutkimuksen tiedonantajat, tutkimuksen kesto, aineiston analyysi, luotettavuuden arviointi ja tutkimuksen raportointi käyvät ilmi tämän kehittämisprojektin raportista. Luvussa 4.2 kuvataan, miksi tutkimusaihe on projektipääallikölle tärkeä ja merkityksellinen. Luotettavuuden kannalta tutkija-tiedonantajasuhteessa on puute siinä mielessä, että tiedonantajat eivät lukeneet teemahaastattelun tuloksia ennen kehittämisprojektin raportin valmistumista. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 140-141.) He saivat alustavia tuloksia tiedokseen suullisesti projektiryhmän työskentelyn alkaessa. Aineiston saturaation eli kylläntymisen piirteitä oli havaittavissa, koska osa vastauksista alkoi toistaa itseään (Kananen 2014, 153-154).

Tutkittavien osallistuminen oli vapaaehtoista, he saivat soveltavan tutkimuksen suunnitelman tiedokseen kuin myös tutkimustiedotteen sekä allekirjoittivat saatekirjeessä olevan tietoisuuden suostumuksen ennen haastattelua. Ennen tallennuksen aloittamista haastattelija vielä kertoi, että haastattelu voidaan keskeyttää milloin tahansa, jos haastateltava niin haluaa. Tutkimusaineisto hävitetään sen jälkeen, kun kehittämisprojekti päättyy toukokuun lopussa 2015. Projektipääallikön kannettavalla tietokoneella ja kahdella erillisellä tallennusvälineellä olevat haastattelu- ja litterointitiedostot poistetaan ja varmistetaan, että poistetaan myös tietokoneen roskakorista. Paperitulosteet litterointiaineistosta hävitetään polttamalla. Raportoinnissa ei käytetä tunnistetietoja haastateltavista, ja suorat aineisto-otteet kirjoitetaan kirjakielellä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.)

8 SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN TULOSTEN JOHTOPÄÄTÖKSET, ARVIOINTI JA POHDINTA

8.1 Johtopäätökset

Kyselyn tutkimusongelmassa kysyttiin, minkälainen on fysioterapian asiakasprofiili. Fysioterapian asiakasprofiili näyttää tähän kehittämisprojektiin liittyvän kyselyaineiston muuttujien tilastollisten tunnuslukujen perusteella olevan 70-79 -vuotiaiden ikäryhmään kuuluva henkilö, jonka toimintakyky on FSQ-indeksillä mitattuna 75. FSQ-indeksin ollessa 67-99 henkilö on pääsääntöisesti itsenäinen, mutta hän kokee subjektiivisia vaikeuksia yhdessä tai useammassa tilanteessa. Hänen toimintakykynsä on säilynyt parhaiten itsestä huolehtimiseen liittyvissä toiminnoissa, kuten syömisessä, pukeutumisessa ja riisuutumisessa, wc-toiminnoissa, henkilökohtaisen hygienian hoitamisessa sekä peseytymisessä suihkussa tai saunassa. Tällä alueella FSQ-indeksi on 82. Liikkumiseen liittyvissä toiminnoissa, kuten kävelyssä kotona huoneesta toiseen, portaissa kulkemisessa, ½ km:n kävelyssä ulkona ilman lepotaukoja, omalla autolla ajamisessa sekä julkisilla kulkuneuvoilla kulkemisessa hänen FSQ-indeksinsä on 73. Hänellä on subjektiivisesti koettuna eniten vaikeuksia kotielämään liittyvissä toiminnoissa, kuten kauppa-asioiden hoitamisessa, ruoanlaittamisessa, pyykinpesemisessä, siivoamisessa ja pihatöissä. Tällä alueella hänen FSQ-indeksinsä on 69. Sukupuolen suhteen asiakas on hieman useammin nainen kuin mies.

Tilastollisina tunnuslukuina asiakasprofiilin määrittelyssä käytettiin ikäluokkien moodia eli tyyppiarvoa sekä FSQ-indeksien keskiarvoa. Ristiintaulukoinnilla taulukossa 5. kuvataan iän ja FSQ-indeksin välistä yhteyttä. Taulukosta nähdään, että suurin joukko vastaajista (n=18) sijoittuu ikäluokkaan 70-79 vuotta FSQ-indeksin ollessa välillä 67-99.

Kyselyn ensimmäisessä osaongelmassa kysyttiin, mistä syistä ja miten usein fysioterapiayksikössä asioidaan. Tiedonkeruuta varten käytettävissä oli 85-sivui-

nen tilastointiraportti ajalta 1.1.2014–30.4.2014. Raportissa oli yksilöidysti jokaisen asiakkaan käyntisyys ICPC/dg -luokituksen mukaisesti ja käyntikerrat neljän kuukauden aikana. Käyntisyistä ja käyntikerroista ei ollut koostetta. Käyntisyiden ja käyntikertojen täsmälliset määrät olisi pitänyt laskea ”tukkimiehen kirjanpidolla”. Tähän projektipäällikkö ei ryhtynyt ajan ja kärsivällisyyden puutteen vuoksi. Raportti selattiin läpi, ja silmämääräiseen arvioon perustuen näyttää siltä, että käyntisyöt liittyvät pääsääntöisesti tuki- ja liikuntaelinoireisiin/vaivoihin tai -sairauksiin. Lonkkaan ja polveen liittyvät ICPC/dg -luokituksen koodit näyttäytyivät useimmin. Yhden asiakkaan käyntikerrat neljän kuukauden aikana olivat pääsääntöisesti yksi tai kaksi kertaa. Kolme käyntikertaa näytti ajankohtana olevan harvemmin esiintyvä käyntimäärä. Neljä tai viisi käyntikertaa esiintyi huomattavasti harvemmin, ja kuusi käyntikertaa neljän kuukauden aikana oli kahdella asiakkaalla. Kaikkien käyntien ja hoidon tarpeen arviointien määrä yhteensä oli 1334 kpl.

Kyselyn toisessa osaongelmassa kysyttiin, minkälainen toimintakyky fysioterapiayksikön asiakkailla on. Kyselyyn vastanneet asiakkaat voidaan toimintakykynsä tason perusteella jakaa kolmeen lähes yhtä suureen ryhmään FSQ-indeksien perusteella. Ensimmäinen ryhmä vastaajista (n=39) on toimintakyvyltään täysin itsenäisiä eikä heillä ole subjektiivisia vaikeuksia missään tilanteessa. Toinen ryhmä vastaajista (n=45) on pääsääntöisesti itsenäisiä mutta he kokevat subjektiivisia vaikeuksia yhdessä tai useammassa tilanteessa. Kolmas ryhmä vastaajista (n=31) on toimintakykynsä tason suhteen eniten toisen henkilön apua ja/tai apuvälineitä tarvitseva. He tarvitsevat toisen henkilön apua ja/tai apuvälinettä joko yhdessä tai useammassa tilanteessa, pääsääntöisesti tai kaikissa tilanteissa.

Haastattelun pääongelmaksi määriteltiin fysioterapeuttien ja johdon näkemysten selvittäminen terveyshyötymallin viitekehyksen tarjoamista mahdollisuuksista fysioterapiapalvelujen kysynnän ja tarjonnan tasapainottamisessa. Kysymystä tarkastellaan teemahaastattelun osaongelmien kautta.

Teemahaastattelun tulosten perusteella terveyshyötymallin mukainen toiminta asiakkaan terveyden ja toimintakyvyn edistämiseksi näkyy siinä, että voimavaroja

halutaan kohdentaa tehokkaasti niihin asiakkaisiin, jotka hyötyvät fysioterapiapalveluista eniten. Asiakkaiden, jotka ovat motivoituneita olemaan aktiivisia toimijoita oman terveytensä ja toimintakykynsä suhteen, arvioitiin hyötyvän fysioterapiapalveluista eniten. Asiakkaan toimintakyky voi olla hyvinkin rajoittunut, mutta jos hän on motivoitunut ja aktiivinen toimija, hänen katsottiin hyötyvän fysioterapiapalveluista.

Voimavarojen tehokas kohdentaminen näkyy palveluvalikoiman uudistamisen tarpeena. Ryhmävastaanotot, fysioterapeuttien suoravastaanotto ja lähetteetön fysioterapia ovat palveluja, joissa haastateltavien näkemyksen mukaan voimavarat kohdentuvat tehokkaasti. Apuvälinepalveluissa nähtiin voimavarojen tehotonta kohdentamista, kun tarkasteltiin perusapuvälineiden lainaustoimintaa.

Terveyshyötymallin periaatteet tulevat teemahaastattelun tulosten perusteella näkyviin fysioterapeuttisen ohjauksen ja neuvonnan vaikuttavuudessa siten, että asiakkaan aktiivista roolia korostetaan. Asiakkaan motivaatio vaikuttaa siihen, miten aktiivisen roolin hän kykenee ottamaan. Näin ollen asiakkaan motivaatiolla on yhteys ohjauksen ja neuvonnan vaikuttavuuteen. Moniammatillisen yhteistyön koetulla puutteella on merkitystä fysioterapeuttisen ohjauksen ja neuvonnan vaikuttavuudessa, koska fysioterapeuttien vastaanotolle ohjautuu asiakkaita, joilla ei ole motivaatiota aktiiviseen toimijuuteen.

H5: ”Potilaat eivät ole motivoituneita...ne vaan pistetään tänne, että tule nyt käymään täällä, ja sitten he tulevat vaan...ilmoittamaan meille, että eivät he ole halukkaita mihinkään.”

Näyttöön perustuva toiminta on vaikuttavaa. Haastateltavat hyödyntävät ammatilansa jatko- ja täydennyskoulutuksista saamaansa tutkittua tietoa toiminnassaan. Näyttöön perustuvia fysioterapiasuosituksia haastateltavat eivät kattavasti hyödyntäneet eivätkä ne yleisesti ottaen näkyneet yksikön toiminnassa. Käypähoito-suositukset tunnettiin ja niitä käytettiin.

Ohjauksen ja neuvonnan vaikuttavuus näkyy kotiin vietävissä palveluissa, jotka nähtiin yhtenä keinona tukea tehokasta sairaudenhoitoa

H3: ”Ne keinot ovat...kotikäyntejä...kotona...tuen sitä (asiakkaan toimintakykyä)...seurata sitä (toimintakyvyn edistymistä)...autat omahoitoa.”

Teemahaastattelun tulosten perusteella näyttää siltä, että asiakkaan motivointi ottamaan vastuuta terveydestään ja toimintakyvystään on kaksijakoinen asia. Asiakkaalla edellytetään olevan motivaatiota fysioterapeutin vastaanotolle tullessaan.

H7: ”Asiakkaat, jotka ottavat eniten yhteyttä ja ovat...kiinnostuneita itsestään ja omasta hyvinvoinnistaan ja...motivoituneita jo valmiiksi.”

Jos asiakkaan alkuhaastattelussa käy ilmi, että hänellä ei ole motivaatiota, fysioterapeuteilla oli niukasti tai ei lainkaan keinoja auttaa asiakasta kehittämään parempia valmiuksia hoitamaan itse itseään. Omahoidon tuen työkaluja ovat omahoitolomake, motivoiva haastattelu ja sähköinen asiointi (Ruoranen ym. 2013, 52-53). Motivoivan haastattelun menetelmä oli tuttu vain harvoille haastateltaville, mutta menetelmän periaatteisiin sopivia keinoja tuotiin esille osassa haastatteluista, esimerkiksi kiinnostuksen osoittaminen (empatia), avoimet kysymykset ja reflektioiva kuuntelu (Käypähoito 2014). Mikäli asiakas osoittautui motivoituneeksi ja aktiiviseksi toimijaksi, omahoidon tukemiseksi keinoja oli enemmän.

Eniten palveluja käyttävän pitkäaikais- tai monisairaana asiakkaan tehokkaan sairaudenhoidon tukemisessa näkemyksenä oli, että fysioterapeutti voi toimia asiakasvastaavana. Asiakasvastaava (case management) on kokenut terveydenhuollon ammattihenkilö, joka vastaa eniten terveystalouden palveluja käyttävien asiakkaiden kokonaishoidosta vuorovaikutuksessa voimaantuneen asiakkaan sekä organisoituneen hoitotiimin kanssa (Kukka & Whellams 2010, 46–48).

Teemahaastattelun osaongelmiin saatiin vastaukset, mutta ne tarjoavat vain osittain vastauksen pääongelmaan. Olennainen osatekijä kysynnän ja tarjonnan tasapainottamisessa on aikaresurssi.

Aikaa säästyy, jos fysioterapeutin vastaanotolle saapuu vain motivoituneita asiakkaita, mutta todellisessa elämässä niin ei ole. Aikaa todennäköisesti säästyy ryhmävastaanottoja lisäämällä. Aikaa ja osaamisresurssia säästyy, jos apuvälinepalveluiden toimintatapaa onnistutaan muuttamaan voimavaroja paremmin kohdentavaksi, mutta se edellyttää moniammatillista yhteistyötä, ennen kuin toimintakäytäntöä voidaan muuttaa. Ajan säästö syntyy sähköisten toimintajärjestelmien hyödyntämisellä, työvälineiden modernisoimisella ja rakenteisen kirjaamisen mahdollisuuksia hyödyntämällä.

H2: ”Kirjalliset tuotokset...kuluttavat...aikaa, että enemmän haluaisi olla...kontaktissa...potilaan kanssa...olisi tehokkaampaa...jos pystyisi jollain tavalla lyhyesti kirjaamaan siinä potilastilanteessa niitä kirjauksia...olisi niitä fraaseja.”

Sähköisten tietojärjestelmien tuoma hyöty aikaresurssin lisääntymisenä tuo hyötyä asiakkaan näkökulmasta, ammattilaisen näkökulmasta ja moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta.

Kun toimintaa kehitetään terveyshyötymallin periaatteiden mukaan, tulokset ovat tehokkaimpia, kun muutoksia tehdään terveyshyötymallin useiden keskeisten elementtien alueelle (Coleman ym. 2009, 75-82).

8.2 Arviointi

Soveltavan tutkimuksen molemmat osat toteutuivat pääasiassa suunnitelman mukaisesti. Tutkimusongelmat, joita teemahaastattelussa olisi voinut kutsua tutkimustehtäviksi, projektipäällikkö määritteli nyt toisin. Kyselyssä olisi riittänyt yksi tutkimusongelma, jossa olisi kysytty fysioterapiapalveluiden asiakkaiden toimintakyvyn tasoa. Asiakkaiden käyntisyys ja käyntikerrat eivät ole tutkimuksellinen ongelma, niitä kuvaavat tiedot saadaan tilastointiraporteista oikeilla tiivistysehdoilla. Projektipäällikön olisi tullut ymmärtää tämä asia tilastointiraporttia otettaessa.

FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä on uusittavissa milloin tahansa. Mittari on helppokäyttöinen ja soveltuu väestötason kyselyyn ja yksittäisen asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja seurantaan. Vastauksissa näkyi, miten tosissaan vastaajat olivat lomakkeita täyttäneet. Monet olivat huolellisesti kirjoittaneet ja kuvanneet, kuka heitä auttaa ja missä toiminnoissa, mitä kotielämään liittyviä toimintoja he eivät tee ja miksi eivät.

Teemahaastattelun tutkimusongelmat olivat loppujen lopuksi onnistuneet, vaikka aineiston keruun, litteroinnin ja vielä analysoinnin alkuvaiheenkin aikana projektipääällikkö tunsu epätoivoa ja mahdottomuutta tutkimusongelmiin vastaamisessa. Metodikirjallisuuteen perehtyminen auttoi epätoivon muuttumisessa iloksi, kun aineiston luokittelu teorialähtöisen sisällönanalyysin mukaan selkiytyi. Sen jälkeen ratkaisujen hakeminen muistutti palapelin rakentamista.

8.3 Pohdinta

Asiakasprofiilin määrittely on tehty kyselyn vastaajien (n=115) perusteella. Vastaajien määrä oli tarkasteluajankohtana 14,3 % kaikista kävijöistä tai hoidon tarpeen arvioinneista. Kysely tehtiin 18 vuotta täyttäneille asiakkaille. Tarkasteluajankohtana asiakkaina oli 74 alle 18-vuotiaasta. Heidän määränsä oli 9,2 % koko asiakaskunnasta. Teemahaastattelussa tunnistettiin väestön palvelutarve koko elämänkaaren alueella painottuen ikääntyvään väestöön. Kyselyn vastaajissa oli vain vähän 20-30 -vuotiaita, mikä herättää kysymyksen, oliko kyselyn otos edustava. Tilastointiraportin koostetta ei laskettu käsin, joten vastausta 20-30 -vuotiaiden osuuteen perusjoukossa ei saatu. Kyselyn tulokset eivät siis ole yleistettävissä perusjoukkoon, mutta ne ovat yleistettävissä 18 vuotta täyttäneeseen asiakaskuntaan.

Terveysshyötymallin periaatteiden mukaan palvelutuotannon on aina pohjauduttava alueen väestön tarpeisiin. Näin luodaan edellytykset terveyshyödyn saavuttamiselle. (Wagner ym. 2001, 69; Dancer & Courtney 2010, 581-584.) Haastattelut tunnistivat väestön tarpeet. Väestön keskimääräistä nopeampi ikääntyminen ja Vanhuspalvelulain (Laki ikääntyneen väestön ym. 2012) uudet säädökset

tulevat lisäämään kotiin vietävien palveluiden tarvetta. Tehokkaan sairaudenhoidon tukemiseksi tulee huomioida fysioterapeutin mahdollisuus toimia asiakasvastaavana, joka vastaa eniten terveystalvija käyttävien asiakkaiden kokonaishoidosta moniammatillista yhteistyötä tehden (Kukka & Whellams 2010, 46-48). Näyttäisi siltä, että enemmän kuin kolme kertaa neljän kuukauden aikana palveluja käyttänyt asiakas on paljon palveluja käyttävä. Käyntimääriä tulee tarkastella tilastointiraporteista, kun määritellään eniten palveluja käyttäviä asiakkaita.

Voimavarojen tehokkaaksi kohdentamiseksi toimintayksikön toimintasuunnitelmassa vuodelle 2015 kehittämiskohteena on ryhmävastaanottojen lisääminen, fysioterapeutin suoravastaanottotoiminnan kehittäminen ja läheteetön fysioterapia. Läheteetön fysioterapia on jo nyt mahdollista pitkäaikaissairaiden terapia- ja apuvälinetarpeiden uusinoissa. Suoravastaanottotoiminta ja läheteetön fysioterapia mahdollistavat nopean hoitoonpääsyn, jolloin asiakas saa avun silloin, kun hän sitä eniten tarvitsee. (Uusikaupunki 2015c.) Apuvälinepalvelujen uudelleen järjestelyjä on harkittava suhteessa teemahaastattelun tulosten kokonaisuuteen.

Terveysshyötymallin keskeisenä tavoitteena on hoidon vaikuttavuus. (Ruorani ym. 2013, 32). Haastattelun tulosten mukaan fysioterapeuttisen ohjauksen ja neuvonnan vaikuttavuutta edistää, jos asiakas on motivoitunut. Jos asiakas ei ole motivoitunut, tarvitaan motivaation herättämiseksi ammattilaisen työkaluja. Motivoivan haastattelun taidot terveysshyötymallin omahoidon tukemiseksi edistävät työntekijän luottamusta taitoihinsa terveysneuvonnassa ja potilaiden voimaannuttamisessa aktiivisiksi osallistujiksi omassa hoidossaan (Abramowitz, Flattery, Franses & Berry 2010, 1-6.). Pitkäaikaissairaiden omahoidon tuki on suhteellisen kehittymätöntä Euroopan tasolla. Tuki painottuu potilaan lääketieteelliseen hoitoon, emotionaalinen tuki jää vähemmälle huomiolle. (Elissen ym. 2013, 1-6.)

Motivoiva haastattelu on asiakaskekeinen menetelmä, ja motivointi on taitoa rakentaa yhteys asiakkaaseen, ylläpitää yhteys häneen, saada asiakas puhumaan, kuulla muutospuhetta, kysyä avoimesti, vahvistaa ja heijastaa osa kuulemastaan takaisin ja tehdä yhteenveto, hahmottaa asiakkaan tilanne, odottaa asiakkaan omaa tavoitetta ja tehdä asiakkaan kanssa suunnitelma, johon hän sitoutuu (Ok-sanen 2014, 73). Osaamisen hankkiminen motivaatiota lisäävistä menetelmistä

on välttämätöntä ja se on huomioitava sekä fysioterapeuttien henkilökohtaisissa että toimintayksikön koulutussuunnitelmissa (McGrane ym. 2015, 2).

Moniammatillisen yhteistyön puute organisaation sisällä tuli esiin haastateltavien näkemyksissä. Terveyshyötymallin periaatteellinen eettinen arvo on terveydenhuollon toimijoiden välisessä yhteistyössä. Keinoja, joiden avulla terveyshyötyä pitäisi saavuttaa, ei ole helppo ymmärtää. On huolestuttavaa, mikäli ammattihenkilön ja potilaan välinen vuorovaikutus estää saavuttamasta odotettua terveyshyötyä. (Oprea ym. 2009, 55-62.)

Vähintään yhtä huolestuttavaa on, jos ammattihenkilöiden keskinäisen vuoropuhelun puute estää asiakkaiden terveyshyödyn saavuttamista. Kohdeorganisaatiossa on laatujärjestelmä, jonka mukaan yksiköt tekevät itsearviointeja vuosittain. Toiminnan kehittäminen moniammatillisesti on yksi kohta, jota arvioidaan. Moniammatillisen yhteistyön kehittämistä tulee tarkastella koko terveyspalvelujen tasolla.

Terveyshyötymalli on näyttöön perustuva menettelytapa, jossa päätöksenteon tuki perustuu kansallisiin hoitosuosituksiin ja tunnetusti tehokkaisiin hoitosuosituksiin (Wagner ym. 2001, 69; Dancer & Courtney 2010, 581-584; Kukka & Whelams 2010, 46-48). Fysioterapiapalvelujen toiminta perustuu näyttöön, mutta alan omat kansalliset ja eurooppalaiset fysioterapiasuositukset tulee ottaa työyhteisön keskinäisen tarkastelun ja oppimisen piiriin.

Sähköisiin tietojärjestelmiin ja työvälineisiin liittyvät toiminnan kehittämistarpeet ovat osaksi ammattihenkilöiden itsensä kehitettävissä, esimerkiksi kirjaamisen sujuvuuteen liittyvät asiat. Työvälineiden, kuten kannettavien tai tablettitietokoneiden hankinta vaatii taloudellisia resursseja, mutta on varmasti toteutettavissa. Sähköisten tietojärjestelmien tehokas hyödyntäminen ja sähköisen asioinnin mahdollistuminen antavat aikaresurssia. Näin ollen palveluja pystytään tuottamaan nykyisellä henkilöstöresurssilla siten, että palvelujen kysyntä ja tarjonta ovat tasapainossa.

9 FYSIOTERAPIAN YDINPROSESSI

TERVEYSHYÖTYMALLI VIITEKEHYKSENÄ

Keskinäinen oppiminen näyttää olevan työyhteisössä tärkeä oppimisen piirre, ja sen toteutuminen liittyy terveyshyötymallin vakiintumisen asteeseen. Keskinäistä oppimista työyhteisössä edistävät interventiot saattavat johtaa pitkäaikaissairaiden potilaiden parempaan hoitoon ja hoitotulosten edistymiseen. (Leykum ym. 2011, 1-5.) Kun projektipäällikkö ja projektiryhmä yhteisesti oppien perehtyivät terveyshyötymallin viitekehykseen, pohdittiin, mitä kaikki selville saatu aikaisempi tieto tarkoittaa fysioterapiassa yleensä ja erityisesti kehittämisprojektin kohdeorganisaatiossa.

Projektiryhmän työskentely tapahtui fysioterapeuttien normaalin arkityön ohessa. Projektipäällikkö motivoi ja sitoutti projektihenkilöstöä korostamalla työyhteisön keskinäisen oppimisen merkitystä ja jokaisen fysioterapeutin näkemyksen arvokkuutta. Kuudesta projektiryhmän jäsenestä neljä osallistui fysioterapian ydinprosessin kuvaamiseen.

Projektiryhmän jäsenet keskustelivat ja pohtivat terveyshyötymalliin perehtymisen yhteydessä fysioterapian olemusta, toimintakyvyn käsitettä ja eri näkemyksiä työn kehittämisestä. Fysioterapian ydinprosessin kuvaamisessa jokainen projektiryhmän työskentelyyn osallistunut pohti annettuja teemoja ja toi tietonsa sekä näkemyksensä rohkeasti esiin.

Fysioterapian ydinprosessi kuvattiin yhdistämällä organisaatiossa käytössä olevat prosessikuvauksen ohjeet sekä lähdemateriaali asiakasprosessien kuvaamiseksi (Terveystenhuollon laatuopas 2011; Virtanen ym. 2011). K-kirjain tarkoittaa toiminnan kehittämisen tavoitetta. Ydinprosessin tekstiosuus ja graafinen kuvaus esitellään seuraavalla kolmella sivulla. Kaiken kaikkiaan terveyshyötymallin todettiin sopivan hyvin pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämisen viitekehykseksi (Ruoranen ym. 2013, 52–53). Projektiryhmän arvion mukaan terveyshyötymalli sopii myös fysioterapiapalvelujen viitekehykseksi.

1. Asiakasajattelumme lähtökohdat

- Kuuntelemme asiakkaan huolen, toiveet ja odotukset siten, että hän kokee tulewansa kuulluksi kokonaisvaltaisesti
- Kunnioitamme asiakkaan yksilöllisyyttä
- Olemme kiinnostuneita asiakkaamme toimintakyvystä, hänelle merkityksellisestä toiminnasta ja hänen toimintaympäristöstään
- Osallistamme asiakkaan fysioterapiansa suunnitteluun aktiivisena toimijana
- Tuemme asiakkaan voimavaroja ja kannustamme häntä ottamaan vastuuta toimintakykynsä edistämisessä
- Huomioimme asiakkaan omaisen tai läheisen osallisuuden etenkin silloin, kun asiakkaan kehitysvaihe tai toimintakyky sitä edellyttävät
- Käytämme näyttöön ja/tai hyvään kuntoutuskäytäntöön perustuvia menetelmiä asiakkaidemme parhaaksi

2. Asiakkaidemme odotukset

- Paras mahdollinen toimintakyky omassa toimintaympäristössä
- Terveiden edistäminen
- Sairauksien ja/tai toimenpiteitten ennaltaehkäisy
- Keinot omahoidon tukemiseen
- Tyytyväisyys ammattihenkilön osaamiseen ja palvelun laatuun
- Oikeudenmukaisuuden toteutuminen
- Tarvittavan jatkofysioterapian järjestyminen saumattomasti kotiutumisen jälkeen
- Palvelu (fysioterapia) on asiakaslähtöistä ja vaikuttavaa

3. Arvolupauksemme

- Otamme yhteyttä asiakkaaseen kolmen työpäivän kuluessa lähteen saapumisesta (K)
- Seuraamme asiakastyytyväisyyttä säännöllisesti ja hyödynnämme tuloksia työn kehittämisessä
- Dokumentoimme asiakastiedot kansallisten kirjaamiskäytäntöjen mukaisesti
- Apuvälinelainaamon aukioloajat ovat väestön tiedossa ja helposti saatavilla
- Huolehdimme osaamisemme päivittämisestä koulutussuunnitelman mukaisesti
- Alueemme väestö tietää, mitä fysioterapia on Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystalveissa (K)
- Asiakkamme tavoittavat meidät sovittuina ja tiedossa olevina aikoina ajanvarauksella, ilman ajanvarausta, puhelimitse tai sähköisesti

4. Asiakkaitamme ovat

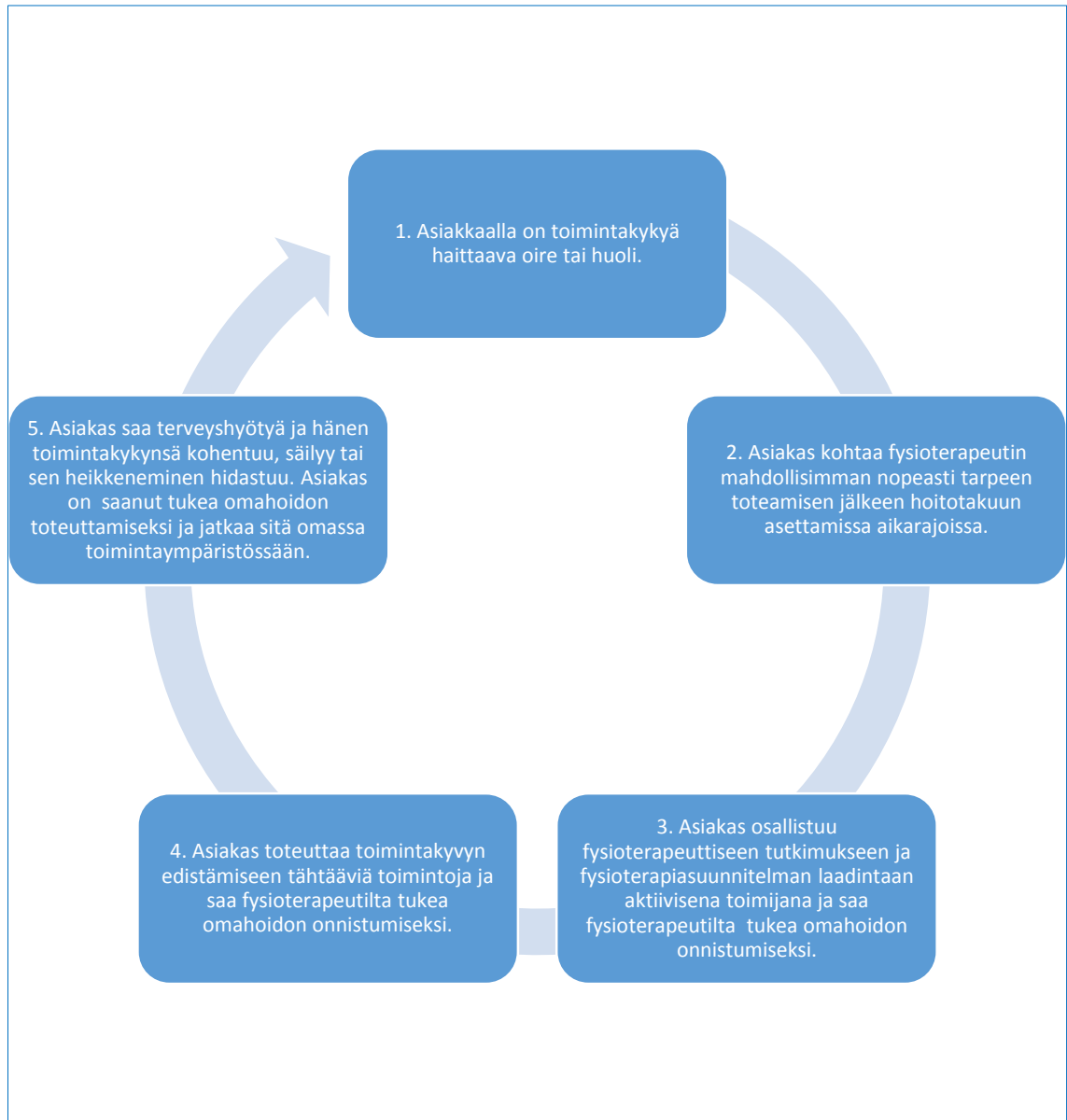
- Kaikki Uudenkaupungin terveystalvejen yhteistoiminta-alueen kuntien asukkaat
- Henkilöt, jotka Terveystalvelain (2010) 48 §:n mukaisen valintaoikeuden perusteella valitsevat hoitopaikakseen Uudenkaupungin terveystalveskuksen

5. Palvelumme ovat

- Fysioterapeuttinen tutkiminen, jossa arvioidaan toimintakykyä, fyysistä suorituskkyä, liikkumista ja kipua
- Fysioterapiasuunnitelman laadinta yhteistyössä asiakkaan kanssa
- Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta, jolla edistetään terveyttä ja toimintakykyä
- Yksilöllisen fysioterapiaohjelman laadinta asiakkaan tarpeisiin perustuen
- Terapeuttinen harjoittelu ryhmävastaanotoilla
- Liikkumista ja toimintakykyä tukevat apuvälinepalvelut
- Toimintaympäristössä selviytymistä sekä osallistumista tukevat palvelut
- Asiakastyöhön liittyvä tiedonhankinta, dokumentointi, monialainen yhteistyö ja konsultointi
- Asiantuntija-, koulutus- ja kehittämistehtävät

6. Prosessimme

- On kuvattuna kuviossa 6
- Mittarit ovat asiakastyytyväisyys, TOIMIA-tietokannan toimintakykymittarit, yksilö- ja ryhmäkäyntien määrät ja toimintatuotot (asiakasmaksut)
- Arvioidaan vuosittain SHQS-itsearviointin yhteydessä
- Päivitetään ja kehitetään itsearviointin perusteella laadittavan suunnitelman mukaisesti



Kuvio 6. Asiakkaan polku fysioterapian ydinprosessissa.

10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA

10.1 Kehittämiprojektin lähtökohtien, vaiheiden ja tuotoksen hyödyn arviointia

Kehittämiprojektin lähtökohtina olivat organisaation kehittämistyön viitekehikseksi valittu terveyshyötymalli sekä fysioterapiapalvelujen kysynnän runsaus suhteessa resursseihin. Toiminnan tavoitteet vuodelle 2014 loivat perustan kehittämiprojektille, ja vuoden 2015 toiminnan tavoitteissa näkyy sama suunta. Palvelutuotannon kehittämisen tavoitteina on fysioterapeutin suoravastaanotto-toiminnan, ryhmävastaanottojen ja lähetteettömän fysioterapian asteittainen vakiinnuttaminen fysioterapian palveluvalikoimaan (Uusikaupunki 2015c).

Palvelutuotannon jatkuva kehittäminen on yksi terveyshyötymallin keskeisistä elementeistä. Tehtävänsiirrot lääkäreiltä muille terveydenhuollon ammattilaisille, jotka osaavat tukea asiakkaan omahoitoa ja hoidon seurantaan, monipuolistavat palveluvalikoimaa ja ovat suoravastaanottotoimintaa. (Wagner ym. 2001, 70.)

Suoravastaanotot vahvistavat fysioterapeutin ja sairaanhoitajan roolia sekä pitkäaikaissairauksien että akuuttien terveysongelmien hoidossa. Asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna suoravastaanotto edistää palvelujen saatavuutta. Palvelun laatu turvataan luomalla tehtäväkuvaukset ja ohjeistukset fysioterapeutin tai sairaanhoitajan vastaanottotyöhön. (Ruoranen ym. 2013, 46-49; Potku2 -hanke 2014, 22.) Suoravastaanotto tulee siis olemaan yksi keino fysioterapiapalvelujen kysynnän ja tarjonnan tasapainottamisessa.

Kehittämiprojektin vaiheet sujuivat siinä järjestyksessä kuin projektipäällikkö oli suunnitellut. Aikataulu oli väljä, mutta silti aika oli loppua kesken raportointivaiheessa. Syynä siihen oli soveltavan tutkimuksen teemahaastatteluaineiston analysoinnin venyminen muista ajasta vievistä asioista johtuen.

Kehittämiprojektin tuotos valmistui siinä ajassa kuin oli suunniteltu. Fysioterapian ydinprosessi on nyt kuvattu, ja kuvaus kattaa kaikki fysioterapiapalveluja

käyttävät asiakkaat riippumatta asiakkaan iästä, toimintakyvyn tasosta tai mahdollisesta diagnoosista. Prosessikuvausten tietovarannossa ja graafisessa kuvauksessa näkyvät terveyshyödyn ja toimintakyvyn näkökulmat.

Kokonaisuutena kehittämisprojekti sujui hallitusti, eikä tapahtunut sellaisia ennakkoimattomia asioita, jotka olisivat aiheuttaneet esteitä etenemiselle.

Projektiryhmän jäsenillä oli erilaisia rooleja projektin eri vaiheissa. Alkuvaiheessa he olivat uuden tiedon vastaanottajia projektipäällikön toimiessa perehdyttäjänä matkaoppaan tavoin (Hipple Walters ym. 2012, 10). Soveltavan tutkimuksen vaiheessa projektiryhmän jäsenet ja osa ohjausryhmän jäsenistä olivat teemahaastatteluiden tiedonantajia. Soveltavan osuuden jälkeen projektiryhmän jäsenistä tuli aktiivisia toimijoita fysioterapian ydinprosessin kuvaamisen ajaksi. Projektipäällikkö on arkityössään fysioterapeuttien työyhteisön jäsen, tunsikin kaikki kollegansa hyvin ja oletti, että fysioterapeuteilla on mielipiteitä ja näkemyksiä teema-haastatteluissa kysyttävistä aiheista. Oletus osoittautui todeksi, kaikki haastattelutavat toivat rohkeasti näkemyksiään esiin.

Kehittämisprojektin aikana terveyshyötymalli antoi kehykset fysioterapiapalvelujen kehittämistyölle. Fysioterapian ydinprosessin kuvaus yhdessä soveltavan tutkimuksen tulosten kanssa osoittivat, että tästä eteenpäin terveyshyötymallin periaatteet antavat suunnan ja tuen palvelutuotannon kehittämislle. Asiakasprofiilin määrittäminen ja eniten fysioterapiapalveluista hyötyvien asiakkaiden tunnistaminen on perusta terveyshyötymallin yhteisöllisyydelle. Yhteisöllisyys merkitsee sitä, että organisaation toiminta-alueen väestö ja väestön tarpeet tunnistetaan ja tarpeisiin vastataan. (Wagner ym. 2001, 69; Dancer & Courtney 2010, 581-584; Kukka & Whellams 2010, 46-48.)

Terveyshyötymallin periaatteet korostavat asiakkaan aktiivista roolia pitkäaikais-sairautensa hoidossa sekä asiakkaan kasvavaa vastuuta omahoidossa, jonka onnistumista ammattilainen tukee ja seuraa (Wagner 2001, 74). Terveystuolaki (2010) painottaa asiakkaan aktiivista toimijuutta ja valinnan vapautta. Fysioterapian ydinprosessissa kuvattiin asiakkaan aktiivista roolia, mutta se ei tullut riittävän vahvasti esiin. Sen vuoksi prosessikuvaus on päivitettävä vuoden 2015

aikana. Päivityksessä on huomioitava asiakkaan motivaation lisäämistä tukevat keinot paremmin ja konkreettisemmin.

Projektipäällikön aikaisemmat kokemukset projektityöskentelystä rajoittuvat Sy-kettä sydämeen -hankkeen (2008) ohjausryhmän jäsenyyteen. Projektipäällikönä työskentely oli kokemus, jossa tapahtui asiantuntijuuden kasvua ja monipuolista johtamis- ja kehittämisosaamisen syventymistä. Projektipäällikön toiminta perustui valmentavaan johtamiseen. Omien arvojen ja tavoitteiden tunnistaminen, ihmisenä ja johtajana kasvun mahdollisuuksien tiedostaminen ja oman keskeneräisyytensä hyväksyminen ovat projektipäällikön itsetuntemuksen kulmakivet (Paasivaara 2010, 40-41). Projektipäällikkö pitää tietoisien läsnäolon taitoja hyödyllisinä keskittymisen ja jaksamisen kannalta, harjoitteli ja sovelsi taitoja ja koki kehittyvänsä niissä.

Projektipäällikölle luonteva valinta, valmentava johtaminen, on kokonaisvaltaista, arvostavaa, osallistavaa ja tavoitteellista yhteistoimintaa. Valmentavassa johtamisessa luodaan olosuhteet yhteiselle oppimiselle, jossa ote on arvioiva ja eteenpäin suuntautuva. Valmentavan johtajuuden voi nähdä opettajuutena, jossa vaikutetaan ryhmään ja organisaatioon myönteisesti. (Ristikangas & Ristikangas 2010, 12-15.)

Kehittämiprojektissa oli kyse työyhteisön keskinäisestä, vuorovaikutuksessa tapahtuneesta oppimisesta. Projektipäällikön oma tieto terveyshyötymallin viitekehuksesta lisääntyi, hän välitti tiedon projektiryhmälle, jonka jäsenten kautta tieto koituu fysioterapiapalvelujen asiakkaiden hyödyksi. Projektipäällikön hankkima tieto ja osaaminen ovat hyödynnettävissä yksikön ja organisaation kehittämissä työssä tämän kehittämisprojektin päättymisen jälkeen.

Kehittämiprojektissa hankittu osaaminen ja saavutetut tulokset ovat hyödynnettävissä myös maakunnallisesti. Terveystenhuoltolain (2010) 34 § edellyttää, että sairaanhoitopiirin kuntien on laadittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Siihen liittyen on meneillään fysioterapiapalvelujen alueellisten toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen työryhmätyöskentelynä, jossa projektipäällikkö on mukana.

Osaaminen ja tieto terveyshyötymallin periaatteista ja kehittämisprojektin sovel-
tavan tutkimuksen tulokset tulevat näkymään osana fysioterapiapalvelujen yhte-
näisiä alueellisia toimintakäytäntöjä. Maakunnallisen hyödyn merkitystä projekti-
päällikkö ei osannut ennakoida. Kyseessä on hyöty, jonka projektipäällikkö arvioi
olevan seurausta oikein toteutetusta kehittämistoiminnasta: osaamisen tason
nousu ja lisäarvon antaminen tekijälle (Salonen 2013, 37).

10.2 Fysioterapian ydinprosessin ja terveyshyötymallin implementointi

Terveyshyötymallin vakiinnuttamisen onnistumista edistävät johdon tuki, visio
sekä palvelujärjestelmän uudistaminen. Kun toimintaympäristössä suunnitellaan
muutoksia, johdon ja ammattihenkilöiden täytyy työskennellä kohti yhteistä pää-
määrää ja visiota. (Holm & Severinsson 2012, 513–519.) Projektipäälliköt ovat
avainasemassa, kun lisätään ymmärrystä siitä, miten terveyshyötymallin mukai-
nen toiminta kehittyy ja implementoituu perusterveydenhuollossa (Hipple Walters
ym. 2012, 1-10).

Kohdeorganisaation fysioterapeutit saivat projektipäällikön laatiman tietopaketin
terveyshyötymallin periaatteista. Teemahaastatteluissa tiedon omaksuminen tuli
esille. Sama tieto on levitettävissä terveyspalvelujen muuhun vastaanottotoimin-
taan ja hyödynnettävissä muidenkin yksiköiden kehittämistoiminnassa, mikäli or-
ganisaatiossa niin halutaan.

Fysioterapiapalveluissa kehittämisprojektin tulokset huomioidaan palvelutuotan-
non kehittämisessä, hankintaehdotuksissa ja koulutussuunnitelmassa. Motivoi-
van haastattelun taitojen oppiminen ja sähköisten työvälineiden nykyaikaistami-
nen on erityisen tärkeää. Kehittämisprojektin kokonaisuus ja tulokset esitellään
työyhteisölle työpaikkakokouksen yhteydessä toukokuussa 2015. Sen jälkeen on
esimiehen johdolla mahdollista laatia tarkentavat kehittämistoimenpiteiden aika-
taulut vastuineen.

Projektipäällikkö laatii fysioterapian ydinprosessin kuvauksen pohjalta toimintayksikön palveluesitteen, joka suunnataan toiminta-alueen väestölle ja organisaation muille toimintayksiköille. Palveluesitteen laadinta toteutetaan kehittämisprojektin päättymisen jälkeen.

10.3 Jatkokehittämisideat

Kehittämisprojektin tulokset antavat vakaan suunnan ja vankan tuen fysioterapia-palvelujen toiminnan kehittämiseksi. Nyt on tärkeitä keskittyä niiden tavoitteiden toteuttamiseen, jotka vuoden 2015 toiminnalle on asetettu (Uusikaupunki 2015c).

On kuitenkin muutamia asioita, jotka kannattaa huomioida jatkossa. Organisaation sisäistä moniammatillista yhteistyötä on syytä vahvistaa, jotta edistetään palveluja käyttävän väestön terveyshyötyä. Tulosalueiden ja organisaatioiden rajat ylittävän yhteistyön edistämiseksi tulee ponnistella, jotta palveluketjuista tulee saumattomia. Silloin asiakkaan polku fysioterapiapalveluissa ja terveyspalvelujen kokonaisuudessa on esteetön.

LÄHTEET

Aalto-Setälä, P. & Saarinen, M. 2014. Innostus. Myötämanipuloinnin aakkoset. Helsinki: Talentum Media Oy.

Abramowitz, S. A., Flattery, D., Franses, K. & Berry L. 2010. Linking a Motivational Interviewing Curriculum to the Chronic Care Model. *Journal of General Internal Medicine*. 2010, Vol. 25, September, 620–626. Viitattu 7.3.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2940440/>

Bennett, J.P. 2011. *Physical therapy: theory, practices and benefits*. New York: Nova Science Publishers, Inc.

Burns, R. B. 2000. *Introduction to research methods*. Fourth edition. Lontoo: Sage Publications Ltd.

Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C. & Wagner, E. H. 2009. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs* 2009, 28, no.1, 75–85. Viitattu 4.3.2015. <http://content.healthaffairs.org/content/28/1/75.full>

Dancer, S. & Courtney M. 2010. Improving diabetes patient outcomes: Framing research into the chronic care model. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 22 (2010) 580-585. Viitattu 8.3.2015. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8d7f6084-d219-4557-b2f6-e5e7fdbcb2e78%40sessionmgr4003&vid=4&hid=4112>

Davis, K. E., Brigell, E., Christiansen, K., Snyder, M., McDevitt, J., Forman, J., Lloyd Storfjell, J. & Wilkniss, S. M. 2011. Integrated primary and mental health care services: An evolving partnership model. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2011, Vol. 34, No 4, 317-320. Viitattu 7.3.2015. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/132>

Dawson, C. 2009. *Introduction to research methods. A practical guide for anyone undertaking a research project*. Fourth edition. Oxford: How To Books Ltd.

Elissen, A., Nolte, E., Knai, C., Brunn, M., Chevreul, K., Conklin, A., Durand-Zaleski, I., Erler, A., Flamm, M., Frølich, A., Fullerton, B., Jacobsen, R., Saz-Parkinson, Z., Sarria-Santamera, A., Sönnichsen, A. & Vrijhoef, H. 2013. Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approaches. *BMC Health Services Research* 2013, 13:117, 1-7. Viitattu 7.3.2015. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/117>

Eloranta, T. & Kangasniemi, M. 2015. Kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta. *Fysioterapia* 1/2015, 10-14.

Fortin, M., Chouinard, M-C., Bouhali, T., Dubois, M-F., Gagnon, C. & Bélanger, M. 2013. Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care. Study protocol. *BMC Health Services Research* 2013, 13:132, 1-10. Viitattu 4.3.2015. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/132>

Fysioterapianimikkeistö 2007. *Opas sisältöön ja käyttöön*. Toim. Holma, T. Helsinki: Suomen kuntaliitto

Heikkilä, T. 2010. *Tilastollinen tutkimus*. 7.-8. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Henderson, E. J. & Rubin, G. P. 2012. Development of a community-based model for respiratory care services. *BMC Health Services Research* 2012, 12:193, 1-10. Viitattu 8.3.2015. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-12-193.pdf>

Hipple Walters, B., Adams, S. S., Nieboer, A. P. & Bal, R. 2012. Disease management projects and the Chronic Care Model in action: baseline qualitative research. BMC Health Services Research 2012, 12:114, 1-8. Viitattu 7.3.2015. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/114>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holm, A. L. & Severinsson, E. 2012. Chronic care model for the management of depression: Synthesis of barriers to, and facilitators of, success. International Journal of Mental Health Nursing (2012) 21, 513-523. Viitattu 8.3.2015. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c3fc97e6-978e-43ed-9b6f-b4b99f822834%40sessionmgr4002&vid=10&hid=128>

ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2007. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes.

Improving Chronic Illness Care 2015. The Chronic Care Model. Viitattu 10.3.2015. http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2

Jalonen, R. 2012. Prosessien kuvaamisen perusteita. Esitys 19.1.2012. Qualitas Fennica. IMS Business Solution Oy. Viitattu 16.3.2015. http://media.ims.fi/Artikkelit/Prosessit/21201_Artikkeli_Prosessien_kuvaamisen_perusteita-1.PDF

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 185. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keller, T., Borges, W. J., Hoke, M. M. & Radasa, T. 2011. *Promotores* and the chronic care model: an organizational assessment. Journal of Community Health Nursing. 2011, 28: 70–80. Viitattu 8.3.2015. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0e4bc148-23ae-4606-ada6-da41260cd4f7%40sessionmgr4002&vid=4&hid=1>

Kotimaisten kielten keskus 2014. Kielitoimiston sanakirja. Viitattu 10.3.2015. <http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/>

Kujala, V. 2010. Terveyden edistämisen yhteistyö. Pohjois-Pohjanmaan peruspalvelujen johdon näkemyksiä. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 10.3.2015. https://www.ppshep.fi/in-stancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/22287_eMBA_Kujala_040111-2_PAI-NOON.pdf

Kukka, A. & Whellams, A. 2010. Tavoitteena terveyshyöty – muutosten kautta mahdollisuuksiin. Fysioterapia 7/2010, 46–48.

Kuntaliitto 2012. Asiantuntijapalvelut. Sosiaali ja terveys. Nimikkeistöt ja luokitukset. ICPC-2 – Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus. Viitattu 20.3.2015. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/ICPC-2/Sivut/default.aspx>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Käypä hoito 2014. Suositukset. Karies (hallinta). Lisätietoa. Motivoiva haastattelu. Viitattu 13.3.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02109>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalve-
luista. 28.12.2012/980. Viitattu 19.4.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Leykum, L. K., Palmer, R., Lanham, H., Jordan, M., McDaniel, R. R., Noël, P. H. & Parchman, M.
2011. Reciprocal learning and chronic care model implementation in primary care: results from a
new scale of learning in primary care. Research article. BMC Health Services Research 2011,
11:44, 1-5. Viitattu 7.3.2015. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-44.pdf>

Magne Holme, I. & Krohn Solvang, B. 1995. Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa
metoder. Lund: Studentlitteratur.

McGrane, N., Galvin, R., Cusack, T. & Stokes, E. 2015. Addition of motivational interventions to
exercise and traditional Physiotherapy: a review and meta-analysis. Physiotherapy 101 (1), 1-12.
Viitattu 21.4.2015. [http://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406\(14\)00057-1/fulltext](http://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(14)00057-1/fulltext)

Metsämuuronen, J. 2007. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Opiskelijalaitos. 2.
laitos. 4. painos. Helsinki: International Methelp Ky.

Mirzaei, M., Aspin, C., Essue, B., Jeon, Y.-H., Dugdale, P., Usherwood, P. & Leeder, S. 2013. A
patient-centred approach to health service delivery: improving health outcomes for people with
chronic illness. BMC Health Services Research 2013, 13:251, 1-8. Viitattu 7.3.2015.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/251>

Musacchio, N., Lovagnini Scher, A., Giancaterini, A., Pessina, L., Salis, G., Schivalocchi, F., Nico-
lucci, A., Pellegrini, F. & Rossi, M. C. E. 2011. Impact of a chronic care model based on patient
empowerment on the management of Type 2 diabetes: effects of the SINERGIA programme.
Diabetic Medicine 2011, Volume 28, Issue 6, 724-730. Viitattu 8.3.2015.
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=bdbd2b56-98ae-4611-8f0e-0ab6942695e1%40sessionmgr4004&vid=4&hid=4112>

O'Donnell, A. N., Williams, B. C., Eisenberg, D. & Kilbourne, A. M. 2013. Mental health in ACOs:
Missed opportunities and low hanging fruit. National Institutes of Health. 2013 March; 19(3): 180-
184. Viitattu 7.3.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3616514/#S2title>

Oksanen, J. 2014. Motivointi työvälineenä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Oprea, L., Braunack-Mayer, A., Rogers, W. A., & Stocks, N. 2009. An ethical justification for the
Chronic Care Model (CCM). Health expectations. 2009, 13, 55-64. Viitattu 8.3.2015.
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5c2005fd-9814-4678-8457-4d43c19ebd58%40sessionmgr4002&vid=4&hid=128>

Paasivaara, L. 2010. Itsensä kokoinen johtaja – itsetuntemus työyhteisön voimavarana. Helsinki:
Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Potku2 -hanke. 2014. Terveystyömalli pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämisen viitekeh-
yksenä. Väli-Suomen Potku2 -hanke. Loppuraportti. Viitattu 8.3.2015. <http://www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit-ii/finish/84-loppuraportti-vali-suomen-potku2/639-potku2-loppuraportti>

Ristikangas, M.-R. & Ristikangas, V. 2010. Valmentava johtajuus. Helsinki: WSOYpro Oy.

Ruoraniemi, M., Koikkalainen, P., Ahonen, T., Salminen, S., Hämäläinen, V., Lämsä, T., Muranen,
A., Hänninen, J. & Kettunen, T. 2013. Rautaiset ammattilaiset terveyshyödyn tuottajina. RAMPE-
hankkeen loppuraportti 2010-2012. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja
127/2013. Jyväskylä: Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas
opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72.
Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Helsinki: Työministeriö.

Soininen, M. & Merisuo-Storm, T. 2009. Kasvatustieteellisen tutkimuksen perusteet. Turun yliopisto. Rauman opettajankoulutuslaitos.

Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2014. Vireillä. Kehittämishjelmat ja -hankkeet. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste). Viitattu 15.3.2015. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste

Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2015. Hyvinvoinnin edistäminen. Osallisuuden edistäminen. Viitattu 21.3.2015. http://www.stm.fi/hyvinvointi/osallisuuden_edistaminen

Suomen Fysioterapeutit – Finlands Fysioterapeuter ry 2014a. Eettinen toimikunta. Fysioterapeuttien eettiset ohjeet.

Suomen Fysioterapeutit 2014b. Fysioterapia ammattina. Fysioterapia ja fysioterapeutti. Viitattu 10.3.2015. <http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/fysioterapia-ammattina>

Sydänmaanlakka, P. 2012. Älykäs johtaminen 7.0. Miten kasvaa viisaaksi johtajaksi? Helsinki: Talentum Media Oy.

Sykettä sydämeen -hanke. 2008. Loppuraportti. Viitattu 18.4.2015. <http://uki01.hosting.documenta.fi/kokous/KOKOUS-1345-4-Liite-1.PDF>

Terveydenhuollon laatuopas 2011. Toim. Koivuranta-Vaara, P. 1. painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326. Viitattu 19.4.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a. Aiheet. Toimintakyky. Mitä toimintakyky on? Viitattu 10.3.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b. Aiheet. Toimintakyky. Mitä toimintakyky on? Toimintakyvyn ulottuvuudet. Viitattu 10.3.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014c. Aiheet. Toimintakyky. Mitä toimintakyky on? Toimintakyky ICF-luokituksessa. Viitattu 10.3.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyky-icf-luokituksessa>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014d. Aiheet. Toimintakyky. ICF-luokitus. Viitattu 10.3.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

Tilastokeskus 2014. Tuotteet ja palvelut. Kuntien avainluvut. Kunnat aakkosittain. Viitattu 15.3.2015. http://www.stat.fi/tup/kunnat/tilastot_aakkosittain.html

Tilastokeskus 2015. Tilastot. Väestö. Väestön ennakkotilasto. Viitattu 14.3.2015. <http://www.stat.fi/til/vamuu/index.html>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.

TOIMIA toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. 2014. TOIMIA-tietokanta. Mittarit. FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä. Viitattu 20.3.2015. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/144/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10., uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Eettinen ennakkoarviointi ihmistieteissä. Eettiset periaatteet. Viitattu 24.3.2015. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/periaatteet>

Uusikaupunki 2014. Kaupunkitietoa. Strategiat, suunnitelmat. Elinvoimainen uusi kaupunki 2020 - Uudenkaupungin kaupungin strategia. Viitattu 15.3.2014. http://uusikaupunki.fi/docs/Khall/Strategia_2014_2020.pdf

Uusikaupunki 2015a. Asukkaille. Sosiaali- ja terveystalvelut. Viitattu 15.3.2015. http://uusikaupunki.fi/template_1.asp?id=5&theme=asukkaille&startdepth=17

Uusikaupunki 2015b. Asukkaille. Sosiaali- ja terveystalvelut. Terveystalvelut. Viitattu 15.3.2015. http://uusikaupunki.fi/template_1.asp?id=22&theme=asukkaille&startdepth=17

Uusikaupunki 2015c. Sosiaali- ja terveystalvelut. Terveystalvelujen käyttösuunnitelma 2015. Viitattu 15.3.2015. <http://uki01.hosting.documenta.fi/kokous/20152590-5-5.PDF>

Varsinais-Suomen liitto 2015. Maakunta. Viitattu 14.3.2015. <http://www.varsinais-suomi.fi/fi/maakunta>

Viirakorpi, P. 2000. Onnistunut projekti – opas kunta-alan projektityöskentelyyn. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki: Tekes – Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus.

Vlegel-Brouwer, W., van der. 2013. Integrated healthcare for chronically ill. Reflections on the gap between science and practice and how to bridge the gap. International Journal of Integrated care. 2013, Volume 13, 17 May. Viitattu 7.3.2015. <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/1079/1997>

Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. & Bonomi, A. 2001. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs. Nov/Dec 2001; 20, 6; 64–78. Viitattu 4.3.2015. <http://content.healthaffairs.org/content/20/6/64.full.pdf+html>

World Confederation for Physical Therapy 2014. Resources & Info. Policy Resources. WCPT policies A-Z. Policy statement. Description of physical therapy. Viitattu 10.3.2015. <http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>

World Health Organization WHO 2015. Media Centre. Fact sheets. D. The top 10 causes of death. Viitattu 4.3.2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index2.html>

World Health Organization WHO Europe 2015. Health topics. Noncommunicable diseases. Viitattu 21.3.2015. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases#>

Lupa aineiston keruuseen

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/Terveysala



ANOMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KOKOAMISEKSI

HAKIJA/HAKIJAT	Koulutusohjelma
Hanna Nieminen YTEKES 13	Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen
Yhteyshenkilö Osoite ja puh.	Hanna Nieminen Jäppiläntie 5 23450 Lokalahti p. (044) 2987398

Opinnäytetyön nimi	Terveystieteiden malli antaa kehikset
Aineiston keruun kohde ja aineiston luonne ja koko	Vaihe I: Fysioterapian asiakkaat; toimintakyvyn arviointi asiakkaan itse arvioimana standardoidulla kyselyllä; otoksen koko 150 asiakasta. Vaihe II: Fysioterapiayksikön ammattihenkilöt; teemahaastattelu; n = 6. Organisaation johto; ryhmähaastattelu; n = 3.
Aineiston kokoamis- tapa ja ajankohta	Ennen vaihetta I otetaan sovellusasiantuntijien kanssa yhteistyössä Mediatri-potilastietojärjestelmästä raportti seuraavilla tiivistysehdoilla: Ajanjakso 1.1.2014–30.4.2014. Tapahtumat "ARV" (hoidon tarpeen arviointi) ja "KÄY" (käynti). Tila "kesken" ja "toteutunut". Toiminnot T51 (fysioterapia), T52 (apuvälinepalvelut) ja T59.1 (kehitysvammanneuvola). Asiakkaan nimi ja henkilötunnus. ICPC oire/dg. Asiakasprofiiliin määrittämiseksi soveltavan tutkimuksen tekijällä on ajalla 1.5.2014–30.9.2014 lupa katsoa Mediatri-potilastietojärjestelmästä edellä mainitun raportin tietojen perusteella henkilön kansista henkilön perustiedot ja fysioterapiakertomus. Kertomuslehdelle ei tehdä merkintää kyselylomakkeen lähettämisestä, jotta asiakkaan anonymiteetti säilyy. Perusjoukosta valitaan 150 henkilöä systemaattisella otantamenetelmällä. Alle 18-vuotiaat rajataan kyselyn ulkopuolelle. Vaihe I: Postikyselynä FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä; touko-kesäkuu 2014. Vaihe II: Teemahaastattelut; touko-syyskuu 2014. Ryhmähaastattelu; syyskuu 2014.
Arvioitu valmistu- misaika	Toukokuu 2015.
Ohjaaja	Ritva Laaksonen-Heikkilä
Ohjaaja	

Sitoudumme käyttämään kokoamaamme aineistoa vain opinnäytetyön tekemiseen ja siten, että aineiston keruun kohteena olevien henkilöiden anonymiteetti säilyy.

Päiväys ~~20.3.2014~~ 7.4.2014

Allekirjoitus Hanna Nieminen *Hanna Nieminen*

Lupa myönnetty X Lupa evätty _____

Päättäjän allekirjoitus Marika Lanne *Marika Lanne* Päiväys ~~11.4.2014~~ 7.4.2014

Yhteyshenkilö Hanna Nieminen

Lupa-anomukseen liitetään ohjaajan hyväksymä tutkimus-/työsuunnitelma. Anomus jätetään kahtena kappaleena, joista toisen luvasta päättäjän palauttaa käsittelyn jälkeen lupaa hakeneille.

FSQ (Functional Status Questionnaire) –kysely

FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä

Pvm ____ / ____ 20__

sivu 1

(Paltamaa 5/2013)

Nimi : _____ Henkilötunnus : _____

Seuraavat kysymykset koskevat selviytymistäsi päivittäisistä askareistasi. Arvioi kunkin kysymyksen kohdalla omaa selviytymistäsi **viimeisen kuukauden aikana** ja ympyröi parhaiten omaa tilannettasi kuvaavan vastausvaihtoehdon numero. Jos toimintakyvyssäsi on vaihteluja, niin vastaa sen mukaan, mikä kuvastaa suurinta osaa ajasta. Jos et tee jotain toimintaa muun syyn kuin sairautesi tai vammasi takia (esim. et aja autoa, koska et omista autoa), niin ympyröi numero 0. Jos käytössäsi on apuväline tai saat apua toiselta henkilöltä, niin laita rasti lisätietoja sarakkeeseen sen mukaan käytätkö apuvälinettä ja/tai saatko apua. Kirjoita myös mikä apuväline on kyseessä ja keneltä saat apua.

Huomioi, että vastaat paperin molemmilla puolilla oleviin kysymyksiin!

Viimeisen kuukauden aikana...	Yleensä ilman vaikeuksia Itsenäisesti	Jonkin verran vaikeuksia Itsenäisesti, mutta väsyvyyttä, hitautta, tms.	Kohtalaisia vaikeuksia Ei aina onnistu, käytän apuvälinettä tai ajoittain tarvitsen apua	Paljon vaikeuksia En voi tehdä / tarvitsen toisen henkilön apua	En tee muun syyn takia	Lisätietoja: Jos käytössäsi on apuväline tai saat apua toiselta henkilöltä, niin laita rasti sen mukaan käytätkö apuvälinettä ja/tai saatko apua. Kirjoita myös mikä apuväline on kyseessä ja keneltä saat apua.
1. Syöminen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
2. Pukeutuminen ja riisuuntuminen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
3. WC-toiminnot	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
4. Henkilökohtaisen hygienian hoitaminen (hiukset, parta, ym.)	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
5. Peseytyminen suihkussa tai saunassa	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:

ID 037 / 28.5.2013



FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä

sivu 2

(Paltamaa 2012)

Viimeisen kuukauden aikana...	Yleensä ilman vaikeuksia Itsenäisesti	Jonkin verran vaikeuksia Itsenäisesti, mutta väsyvyyttä, hitautta, tms.	Kohtalaisia vaikeuksia Ei aina onnistu, käytän apuvälinettä tai ajoittain tarvitsen apua	Paljon vaikeuksia En voi tehdä / tarvitsen toisen henkilön apua	En tee muun syyn takia	Lisätietoja: Jos käytössäsi on apuväline tai saat apua toiselta henkilöltä, niin laita rasti sen mukaan käytätkö apuvälinettä ja/tai saatko apua. Kirjoita myös mikä apuväline on kyseessä ja keneltä saat apua.
6. Kävely kotona huoneesta toiseen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
7. Portaissa kulkeminen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
8. ½ km:n kävely ulkona ilman lepo- tauksia	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
9. Omalla autolla ajaminen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
10. Julkisilla kulkuneuvoilla kulkemi- nen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
11. Kauppa-asioiden hoitaminen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
12. Ruoanlaittaminen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
13. Pyykinpeseminen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
14. Siivoaminen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
15. Pihatyöt (lumityöt tai puutarhan hoito)	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:

ID 037 / 28.5.2013



Tutkimustiedote kysely

TUTKIMUSTIEDOTE

Terveyshyötymalli antaa kehykset – tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä, joka liittyy Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen kehittämistyöhön.

Tutkimuksen tavoitteena on saada selville, minkälainen on fysioterapiassa asioivien henkilöiden toimintakyvyn taso. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa fysioterapian pääprosessin kuvaamiseksi siten, että palvelu tuottaa asiakkaille terveyshyötyä.

Tutkimusaineistoa kerätään kyselylomakkeella, joka on nimeltään FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä. Kysely lähetetään Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen fysioterapian toimipisteissä ajalla 1.5.2013–30.4.2014 asioineille henkilöille, joiden joukosta on valittu 150 vastaajaa.

Aineiston keruu tapahtuu postittamalla kyselylomakkeet tutkimukseen valituille toukokuussa 2014. Vastaukset pyydetään palauttamaan 9.6.2014 mennessä.

Aineistoa hyödynnetään opinnäytetyönä toteutettavan kehittämisprojektin tuotoksena valmistuvan fysioterapian prosessikuvausten laadintaan, jossa käytetään terveyshyötymallia kehittämistyön viitekehysenä.

Tutkimukselle on saatu lupa terveyspalvelujen johtajalta Marika Lannelta 11.4.2014.

Tutkimuksesta saa lisätietoja fysioterapeutti Hanna Niemiseltä.

Hanna Nieminen
fysioterapeutti AMK, yamk-opiskelija
Terveysala / Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
p. (044) 2987398
e-mail: hanna.nieminen1@students.turkuamk.fi tai hniemi@uusikaupunki.fi

Kyselyn saatekirje 1

FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä (Paltamaa 5/2013)

Opinnäytetyön nimi: Terveysshyötymalli antaa kehukset

Päiväys: 21.3.2014

Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän Teitä vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tavoitteena on saada selville, minkälainen on Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen fysioterapiassa asioivien henkilöiden toimintakyvyn taso. Tarkoituksena on tuottaa tietoa fysioterapian ydinprosessin kuvaamiseksi terveysshyötymallin viitekehyksen mukaisesti. Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen palvelujen kehittämistyöhön. Lupa aineiston keruuseen on saatu terveyspalvelujen johtajalta Marika Lannelta 7.4.2014.

Teidän vastauksenne ovat arvokasta tietoa fysioterapiapalvelujen kehittämiseksi tarvetta vastaaviksi. Kyselyyn vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Olkaa ystävällinen ja vastatkaa 13.6.2014 mennessä postittamalla kyselylomake oheisessa palautuskuoressa. Postimaksu on maksettu, joten palautuksesta ei aiheudu Teille kustannuksia.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammatikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Ritva Laaksonen-Heikkilä, lehtori, Turun amk/Terveysala.

Kyselyyn vastatessanne **arvioikaa itse** omaa päivittäisistä toiminnoista ja liikkumisesta selviämistä viimeisen kuukauden aikana. Ympyröikää kunkin kysymyksen kohdalta itsellenne sopiva vaihtoehto (1-4). Jos toimintakykyne vaihtelee, vastatkaa sen mukaan, mikä kuvastaa suurinta osaa ajasta. Mikäli ette tee jotakin kysytyistä toiminnoista muun syyn kuin sairauden vuoksi, ympyröikää vastausvaihtoehto ”0”. Laittakaa rasti sarakkeeseen ”Lisätietoja”, jos käytätte apuvälinettä tai saatte apua toiselta henkilöltä. Kirjoittakaa, mikä apuväline on kyseessä ja keneltä saatte apua (esimerkiksi puoliso, kotisairaanhoitaja tms.).

Vastauksistanne kiittäen

Hanna Nieminen

Fysioterapeutti AMK / YTEKES13 yamk-opiskelija

e-mail: hanna.nieminen1@students.turkuamk.fi tai hniemi@uusikaupunki.fi

Kyselyn saatekirje 2

Tervehdys sinulle, vastaajaksi valitulle avainhenkilölle

Vastaamalla tähän kyselyyn voit vaikuttaa oman terveystieteiden keskuksesi fysioterapiapalvelujen kehittämiseen entistä paremmin väestön tarpeita vastaaviksi

Lue kirjeessä oleva saatekirje huolellisesti

Vastaa FSQfin – Kyselyyn itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä

Laita kysely palautuskuoreen, sulje kuori ja pudota se lähimpään postilaatikkoon

Postimaksu on maksettu, postimerkkiä ei siis tarvita

Odotan kirjettäsi 13.6.2014 mennessä

Kiitän vastauksestasi ja toivotan sinulle hyvää kesää,

Hanna Nieminen

Fysioterapeutti AMK / YTEKES13 yamk-opiskelija

e-mail: hanna.nieminen1@students.turkuamk.fi tai hniemi@uusikaupunki.fi

Tutkimustiedote teemahaastattelu (yksilö)

TUTKIMUSTIEDOTE

Toimintakykyä ja terveyshyötyä – tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä, joka liittyy Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen kehittämistyöhön.

Tutkimuksen tavoitteena on saada selville, mitä mieltä organisaation fysioterapeutit ovat terveyshyötymallin viitekehysten tarjoamista mahdollisuuksista fysioterapiapalvelujen kysynnän ja tarjonnan tasapainottamisessa. Ammattinimike ”fysioterapeutti” sisältää tässä yhteydessä myös ammattinimikkeen ”kuntohoitaja”. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa fysioterapian pääprosessin kuvaamiseksi terveyshyötymallin viitekehysten mukaisesti.

Tutkimusaineistoa kerätään teemahaastattelulla Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyspalvelujen fysioterapeuteilta (n = 6).

Aineiston keruu tapahtuu kesän 2014 aikana. Haastattelun ajankohta sovitaan jokaisen tiedonantajien kanssa erikseen.

Aineistoa hyödynnetään opinnäytetyönä toteutettavan kehittämisprojektin tuotoksena valmistuvan fysioterapian prosessikuvauksen laadintaan, jossa käytetään terveyshyötymallia kehittämistyön viitekehysenä.

Tutkimukselle on saatu lupa terveyspalvelujen johtajalta Marika Lannelta 7.4.2014.

Tutkimuksesta saa lisätietoja fysioterapeutti Hanna Niemiseltä.

Hanna Nieminen
fysioterapeutti AMK, yamk-opiskelija
Terveysala / Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
p. (044) 2987398
e-mail: hanna.nieminen1@students.turkuamk.fi tai hniemi@uusikaupunki.fi

Tutkimustiedote teemahaastattelu (ryhmä)

TUTKIMUSTIEDOTE

Terveysshyötymalli antaa kehykset – tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä, joka liittyy Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen kehittämistyöhön.

Tutkimuksen tavoitteena on saada selville, mitä mieltä organisaation johto on terveysshyötymallin viitekehyksen tarjoamista mahdollisuuksista fysioterapiapalvelujen kysynnän ja tarjonnan tasapainottamisessa. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa fysioterapian pääprosessin kuvaamiseksi terveysshyötymallia kehittämisen viitekehyksenä käyttäen.

Tutkimusaineistoa kerätään terveysshyötymallin keskeisten elementtien teemoihin keskittyvällä ryhmähaastattelulla (n = 3). Haastattelu toteutetaan syyskuun 2014 aikana. Ajankohta sovitaan yhteisesti.

Aineistoa hyödynnetään opinnäytetyönä toteutettavan kehittämisprojektin tuotoksena valmistuvan fysioterapian prosessikuvauksen laadintaan terveysshyötymallin viitekehyksen mukaan.

Tutkimukselle on saatu lupa terveyspalvelujen johtajalta Marika Lannelta 11.4.2014.

Tutkimuksesta saa lisätietoja fysioterapeutti Hanna Niemiseltä.

Hanna Nieminen

fysioterapeutti AMK, yamk-opiskelija

Terveysala / Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

p. (044) 2987398

e-mail: hanna.nieminen1@students.turkuamk.fi tai hniemi@uusikaupunki.fi

Teemahaastattelun saatekirje (yksilö)

HAASTATTELUUN OSALLISTUMINEN

Opinnäytetyön nimi: Terveysshyötymalli antaa kehykset

Päiväys: 21.3.2014

Hyvä työtoveri

Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan haastatteluun, jonka tavoitteena on saada selville, mitä mieltä Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden fysioterapeutit ovat terveysshyötymallin viitekehysten tarjoamista mahdollisuuksista fysioterapiapalvelujen kysynnän ja tarjonnan tasapainottamisessa, kun huomioidaan terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, fysioterapeuttisen ohjauksen ja neuvonnan vaikuttavuus sekä asiakkaan motivaatio vastuuseen terveydestään ja toimintakyvystään. Ammattinimike ”fysioterapeutti” sisältää tässä soveltavassa tutkimuksessa myös ammattinimikkeen ”kuntohoitaja”. Tarkoituksena on tuottaa tietoa fysioterapian ydinprosessin kuvaamiseksi terveysshyötymallin viitekehysten mukaisesti. Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana organisaatiomme kehittämistyöhön vuodelle 2014 asetettujen toiminnallisten tavoitteiden mukaisesti. Lupa aineiston keruuseen on saatu terveystieteiden johtajalta Marika Lannelta 11.4.2014. Suostumuksesi haastateltavaksi vahvistat allekirjoittamalla alla olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi -osan ja toimittamalla sen haastattelijalle.

Sinun osallistumisesi haastatteluun on erittäin tärkeää, koska uskon, että sinulle on syntynyt hyviä ajatuksia fysioterapiapalvelujen kehittämiseksi terveysshyötymalliin perehtyessämme. Haastattelun tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen haastateltava ole tunnistettavissa tuloksista. Sinulla on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käyttämästä Sinuun liittyvää aineistoa, jos niin haluat.

Tämä aineiston keruu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylemmän ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Ritva Laaksonen-Heikkilä, lehtori, Turun amk/Terveysala.

Osallistumisestasi kiittäen

Hanna Nieminen

Fysioterapeutti AMK / YTEKES13 yamk-opiskelija

e-mail: hanna.nieminen1@students.turkuamk.fi tai hniemi@uusikaupunki.fi

Tietoinen suostumus haastateltavaksi

Olen saanut riittävästi tietoa _____ opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

Yhteystiedot (tarvittaessa)

Teemahaastattelun saatekirje (ryhmä)

RYHMÄHAASTATTELUUN OSALLISTUMINEN

Opinnäytetyön nimi: Terveyshyötymalli antaa kehikset

Päiväys: 21.3.2014

Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan ryhmähaastatteluun, jonka tavoitteena on saada selville, mitä mieltä Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen johto on terveyshyötymallin viitekehyksen tarjoamista mahdollisuuksista fysioterapiapalvelujen kysynnän ja tarjonnan tasapainottamisessa, kun huomioidaan terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, fysioterapeuttisen ohjauksen ja neuvonnan vaikuttavuus sekä asiakkaan motivaatio vastuuseen terveydestään ja toimintakyvystään. Tarkoituksena on tuottaa tietoa fysioterapian ydinprosessin kuvaamiseksi terveyshyötymallin viitekehyksen mukaisesti. Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana organisaatiomme kehittämistyöhön vuodelle 2014 asetettujen toiminnallisten tavoitteiden mukaisesti.

Lupa aineiston keruuseen on saatu terveyspalvelujen johtajalta Marika Lannelta 11.4.2014. Suostumuksesi haastateltavaksi vahvistat allekirjoittamalla alla olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi -osan ja toimittamalla sen haastattelijalle.

Sinun osallistumisesi haastatteluun on erittäin tärkeää, koska uskon, että sinulle on syntynyt hyviä ajatuksia fysioterapiapalvelujen kehittämiseksi terveyshyötymalliin tutustuessasi. Haastattelun tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen haastateltava ole tunnistettavissa tuloksista. Sinulla on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käyttämästä Sinuun liittyvää aineistoa, jos niin haluat.

Tämä aineiston keruu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylemmän ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Ritva Laaksonen-Heikkilä, lehtori, Turun amk/Terveysala.

Osallistumisestasi kiittäen

Hanna Nieminen

Fysioterapeutti AMK / YTEKES13 yamk-opiskelija

e-mail: hanna.nieminen1@students.turkuamk.fi tai hniemi@uusikaupunki.fi

Tietoinen suostumus haastateltavaksi

Olen saanut riittävästi tietoa _____opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

Yhteystiedot (tarvittaessa)

Teemahaastattelun runko

Haastattelujen teemat noudattavat terveyshyötymallin keskeisiä elementtejä (Wagner ym. 2001, 69; Dancer & Courtney 2010, 581–584; Kukka & Whellams 2010, 46–48). Täydentävät apukysymykset esitetään tarvittaessa.

Teema 1 = Yhteisöllisyys. Mikä on näkemyksesi toiminta-alueemme väestön palvelutarpeista? Täydentävät apukysymykset: Ketkä mielestäsi hyötyvät fysioterapiapalveluista eniten? Miten arvioit, että tunnistamme eniten palvelusta hyötyvät? Mitä ajattelet yhteistyön mahdollisuudesta muiden toimijoiden kanssa? (Käsitettä ”muu toimija” ei rajata).

Teema 2 = Terveyspalvelut. Mikä on näkemyksesi, minkälaista fysioterapiapalvelua on voimavarojen tehokas kohdentaminen? Täydentävät apukysymykset: Miten arvioit, onko palveluvalikoimassamme jokin sellainen palvelu, joka on voimavarojen tuhlaamista? Miten arvioit, puuttuuko palveluvalikoimastamme jokin sellainen palvelu, joka olisi tehokasta ja terveyshyötyä tuottavaa?

Teema 3 = Palvelutuotannon kehittäminen. Mikä on näkemyksesi, millä tavoin meidän pitäisi kehittää fysioterapiapalvelujen tuottamista, jotta pystyisimme tukemaan tehokasta sairaudenhoitoa? Mitkä ovat näkemyksesi mukaan sellaisia pitkäaikaissairauksia, joissa fysioterapiapalveluilla saavutetaan terveyshyötyä? Millä keinoilla motivoit pitkäaikaissairasta asiakasta ottamaan aktiivista roolia oman hoitonsa suhteen?

Teema 4 = Omahoidon tuki. Mikä on näkemyksesi, millä keinoilla autat asiakasta kehittämään parempia valmiuksia hoitaa itse itseään? Millä keinoilla autat asiakasta ottamaan kasvavaa vastuuta omasta terveydestään ja sairaudestaan?

Teema 5 = Päätöksenteon tuki. Mikä on näkemyksesi näyttöön perustuvan toiminnan merkityksestä fysioterapiapalvelujen tuottamisessa? Täydentävät apukysymykset: Miten fysioterapiasuositusten ja muiden hoitosuositusten pitäisi näkyä yksikköemme toiminnassa? Miten hyvin arvioit tuntevasi fysioterapiasuosituksia ja muita hoitosuosituksia?

Teema 6 = Sähköiset tietojärjestelmät. Mikä on näkemyksesi, miten meidän pitäisi hyödyntää sähköisten tietojärjestelmien osuutta fysioterapiapalvelujemme kehittämisessä? Täydentävä apukysymys: Mikä on näkemyksesi, millä tavoin sähköinen asiointi on voisi toteutua fysioterapiapalveluissa?

Esimerkki teorialähtöisen sisällönanalyysin sovelluksesta

Teorialähtöinen sisällönanalyysi sovellettuna (Tuomi & Sarajärvi 2013, 116).			
Yläluokka	Alkuperäinen ilmaus/lausuma	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Yhteisöllisyys	<p>*On selkeästi terapiatarpeita, tarvitaan ohjaus- ja neuvontakäyntejä, apuvälinetarpeet on isossa osassa ja aina riittää ihmisiä ovelle.</p> <p>*Palvelutarve on aika moninainen...koko elämänkaari...täällä kyllä tulee näkyviin.</p> <p>*Yhteistyömahdollisuuksia olisi paljon...aika paljon tehdään vaan sitä omaa työtä.</p> <p>*Sellaiset, kenellä on eniten ongelmia...liikkumisen kanssa...ketkä tarvitsevat eniten apua...on ehkä henkilökohtaisia avustajia...aivoinfarkti...alkuvaiheessa.</p>	<p>Fysioterapiapalveluilla on kysyntää.</p> <p>Palvelutarpeita on kaiken ikäisillä ihmisillä.</p> <p>Yhteistyön mahdollisuuksia ei hyödynnetä.</p> <p>Vaikeavammaiset hyötyvät fysioterapia-palveluista.</p>	<p>Näkemyks väestön palvelutarpeesta.</p> <p>Näkemyks väestön palvelutarpeesta. Yhteistyö.</p> <p>Näkemyks eniten hyötyvistä.</p>
Terveyspalvelut	<p>*Voisi olla ihan koko alueellakin (vanhuspalvelujen ryhmämuotoinen kuntoutus).</p> <p>*Apuvälinepalvelut, mitkä ovat ihan selkeitä, mihin ei tarvita meidän ammattitaitoa...sen voisi delegoida.</p> <p>*Ihmiset saisivat...palvelua heti, ketkä sitä oikeasti kokevat tarvitsevansa...lähetteetön...sitä tarkoitan...ihmiset, jotka ottavat itse yhteyttä ja haluavat tulla, niin luulisi että ne ovat motivoituneita ja tulevat varmasti paikalle.</p> <p>*Ryhmävastaanottoa...me voitaisiin enemmänkin...saataisiin siinä sitä aikaa säästettyä.</p>	<p>Yhden kunnan hyvä käytäntö koko alueelle.</p> <p>Perusapuvälineiden lainauksissa ei tarvita fysioterapeutin osaamista.</p> <p>Lähetteen fysioterapia nopeuttaa palveluun pääsyä ja kertoo asiakkaan motivaatiosta.</p> <p>Ryhmävastaanotot säästävät aikaa.</p>	<p>Puuttuva palvelu.</p> <p>Voimavarojen tuhaaminen.</p> <p>Voimavarojen tehokas kohdentaminen.</p> <p>Voimavarojen tehokas kohdentaminen.</p>

Palvelutuotannon kehittäminen	<p>*Voisi jatkua kotona...hyvin tehty kotikäynti selkeä hyöty kotiutumisen onnistuu.</p> <p>*Hän (pitkäaikaissairaat) eniten tosiaan ovat yhteydessä ja...fysioterapiapalveluja ehkä käyttävätkin...tarvitsevat semmoista tukihenkilöä...koen, että...me olemme juuri se tukihenkilö...kun miettii sitä terveyshyötymallia.</p> <p>*Ne keinot ovat...kotikäyntejä...kotona...tuen sitä...seurata sitä...autat omahoitoa...lähtee siitä ihmisestä...kuunnella sitä ensin...mitä tämä ihminen haluaa.</p>	<p>Fysioterapian saumaton jatkuminen osastohoidon jälkeen kotiin vietävänä palveluna.</p> <p>Fysioterapeutti voi olla eniten fysioterapiapalveluja käyttävän asiakkaan asiakasvastaava (case manager).</p> <p>Asiakkaan omaa aktiivisuutta tuetaan hänen omassa toimintaympäristössään asiakkaan tarpeista lähtien ja seuraten.</p>	<p>Tehokas sairaudenhoidon tukeminen ja motivointikeino. Tehokas sairaudenhoidon tukeminen.</p> <p>Motivointikeino.</p>
Omahoidon tuki	<p>*Parkinson-potilaat...varmasti hyötyisivät...ryhmävastaanotosta...motivointi...tulee sitä kautta juuri, että mitä hyötyä he ovat...kokeneet.</p> <p>*Suullinen neuvo ja kerrotaan...faktat...annetaan ne harjoitteet...kontrollikäynneillä...pyydän, että näytä...avoimia kysymyksiä...ihminen saa itse selittää...että mitä hän on tehnyt ja vai onko hän tehnyt...kysyn...mitkä on sinun tavoitteet tässä ja ...mitä olet valmis tekemään.</p> <p>*Ajatella asioita sen potilaan kannalta...mihin pyritään...kuunnella sitä potilasta...potilaan motivaatio kyllä siitäkin paranee, kun mennään sinne samalle tasolle.</p>	<p>Parkinsonin tautia sairastavat hyötyvät fysioterapiapalveluista ryhmävastaanotolla.</p> <p>Asiakkaan ohjaaminen tiedolla, asiakkaan osallistaminen tavoitteisiin.</p> <p>Asiakkaan kuuntelu, asiakkaan lähtökohdat.</p>	<p>Keino omahoidon tuessa (OHT).</p> <p>Keino OHT.</p> <p>Keino asiakkaan vastuun tukemisessa.</p>
Päätöksenteon tuki	<p>*Kyllä me paljon käytämme nimenomaan juuri tätä tutkimukseen perustuvaa.</p> <p>*Kyllä minäkin siihen (fysioterapiasuositukseen) tutustunut olen mutta en ole sillä tavalla käyttänyt...joo niitä minä katson (Käypähoito-suosituksia).</p> <p>*Käypähoitoa ehkä eniten tulee katsottua...on ne (fysioterapiasuositukset) tuttuja...en...viittaa suoraan.</p>	<p>Toiminta on näyttöön perustuvaa.</p> <p>Fysioterapiasuositukset tuntee, ei käytä, Käypähoito-suosituksia käyttää.</p> <p>Fysioterapiasuositukset tunnistaa, ei käytä, Käypähoito-suosituksia käyttää.</p>	<p>Näkemyks npt:sta.</p> <p>Arvio ft- ja hoitosuos. tunt.</p> <p>Arvio ft- ja hoitosuos. tunt.</p>

Sähköiset tietojärjestelmät	<p>*Leikkauksesta kotiin tullut potilas...joku vastailisi yksinkertaisiin kysymyksiin...tulee avopuolelle ohjauskäynnille...annettaisiin heti leikkauksen jälkeen, että olisi joku semmoinen, joka aina vastaisi...se voi jopa ehkäistä jonkin lääkärikäynnin.</p> <p>*Kirjalliset tuotokset...kuluttavat...aikaa että enemmän haluaisi olla...kontaktissa...potilaan kanssa...olisi tehokkaampaa...jos pystyisi jollain tavalla lyhyesti kirjaamaan siinä potilastilanteessa niitä kirjauksia...olisi niitä fraaseja.</p> <p>*Sähköpostikontrolli.</p>	<p>Asiakkaan yhteydenottomahdollisuus neuvon kysymisessä.</p> <p>Sähköisten työvälineiden ja rakenteisen kirjaamisen hyödyntäminen, jotta päästään kaksinkertaisesta kirjaamisesta ja säästetään aikaa.</p> <p>Kontrollikäynti sähköpostitse</p>	<p>Sähköinen asiointi.</p> <p>Näkemys sähkö. tietojärj. hyöd.</p> <p>Sähköinen asiointi.</p>
-----------------------------	---	--	--

Projektiyhmän toimintaohjeet

1. Mitä **asiakaslähtöisyys** tarkoittaa fysioterapian ydinprosessissa meidän työpaikallamme? Minkälaista on **asiakaslähtöinen fysioterapia**? Mitkä ovat **asiakasajattelun lähtökohdat**? Mitä meidän pitää kehittää asiakaslähtöisessä toiminnassa? Toimintakyvyn näkökulma; terveyshyödyn näkökulma.
2. Mikä **merkitys** meidän tuottamillamme palveluilla on **asiakkaalle**? Mitkä ovat asiakas**vaatimukset** tai **odotukset**? Toimintakyvyn näkökulma; terveyshyödyn näkökulma.
3. Mikä on meidän **arvolupauksemme**? Mitä me teemme? Minkä asiakkaan ongelman ratkaisemme omalla palvelullamme? Mihin **tarpeisiin** palvelumme kohdistuu? Mitä me teemme **paremmin** kuin muut? Minkä muiden toimijoiden jättämän aukon täytämme? Toimintakyvyn näkökulma; terveyshyödyn näkökulma.

Istunto 2

Jatketaan vielä arvolupauksesta, kohta 3. Keitä **kumppaneita** tarvitsemme omien resurssien lisäksi arvolupaukseen kuuluvan palvelun tuottamiseksi ja asiakkaan tavoittamiseksi? Toimintakyvyn ja terveyshyödyn näkökulma.

4. **Asiakkaat. Kenelle** palvelumme on arvokas? Ketkä ovat asiakkaitamme? Millaista **vuorovaikutusta** asiakkaat odottavat meiltä? Mistä asiakkuus alkaa ja mihin se päättyy? Miksi asiakas ohjautuu juuri tämän palvelun piiriin? Mitkä ovat palveluun pääsyn kriteerit? Toimintakyvyn ja terveyshyödyn näkökulma.
5. Mikä on meidän palvelumme **sisältö** ja minkälainen se on **rakenteeltaan**? Mitä toimintoja palvelu pitää sisällään? Mitä palvelua prosessilla tuotetaan? Voit käyttää apuna Fysioterapianimikkeistöä. Toimintakyvyn ja terveyshyödyn näkökulma.
6. Palveluprosessi ja palvelun **konkretisointi**. Mistä prosessi alkaa ja mihin se päättyy? Miten palveluprosessi konkreettisesti etenee? Mitä toimintoja palvelu pitää sisällään? Toimintakyvyn ja terveyshyödyn näkökulma.
7. Prosessin **arviointi**: menetelmät ja/tai **mittarit**. Mitä haluamme arvioida/mitata? Millaisia **vaikutuksia** saamme aikaan? Ovatko ne parempia kuin ”kilpailijoilla”? Mistä **kulurakenne** muodostuu? Teemmekö saman asian tehokkaammin tai tuottavammin kuin ”kilpailija”? Toimintakyvyn/terveyshyödyn näkökulma. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011; Virtanen ym. 2011; R. Laaksonen-Heikkilä & R. Nurminen, henkilökohtainen tiedonanto 9.1.2014.)